

علم النفس المعیادی

(الإكلینیکی)

التشخیص النفسی

العلاج النفسی

الإرشاد النفسی

دكتورة

رؤیة محمود شقیری

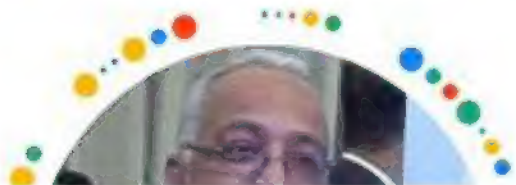
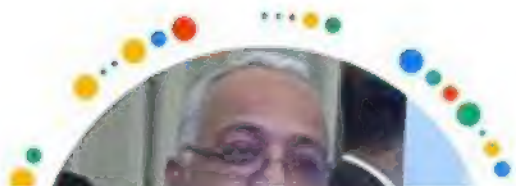
استاذة ورئيسة قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

0202750



3 Bibliotheca Alexandrina



mohamed khatab

علم النفس العيادي

(الإكلينيكي)

التشخيص النفسي

العلاج النفسي

الإرشاد النفسي

دكتورة

زينب محمود شقير

استاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا



قال رسول الله صلى الله عليه وسلم
"من سلك طريقاً يلتمس فيه
علماً سهل الله له
طريقاً إلى الجنة".

تقديم

القيمة النظرية والتطبيقية لهذا الكتاب لما يتضمنه محتواه
تتضح العلمي من جوانب ثلاث ، التشخيص النفسي ، وعلم النفس
الإكلينيكي ، والإرشاد النفسي ، والعلاج النفسي.

فهو يقدم مادة علمية وتطبيقية صريحة وواضحة تفيد كل من
يهتم هذا المجال العملي سواء الأب والأم ، أو المعلم أو الأخصائي
الإكلينيكي ، أو الأخصائي الاجتماعي وأخيراً المعالج النفسي ، فهو يعد
المُرشد والدليل الذي يستند عليه كل من هو مسئول عن تربية النشء
تربية سوية ، وأيضاً عن كل من هو مسئول عن الإرشاد أو التوجيه أو
العلاج لبعض الحالات المضطربة. فهو يساعد في تحديد الأدوات
والأسس المتنوعة لتشخيص الحالة تشخيصاً دقيقاً ، ثم ينتقل بالمسئول
لاختيار وتحديد ما يجب تقديمه للحالة بعد تشخيصها ، ما إذا كانت
تحتاج للتوجيه أو للإرشاد النفسي أو للعلاج النفسي ، وكذلك يساعد في
تحديد نوع العلاج النفسي الملائم للحالات الحرجة. إضافة لما يقدمه
الكتاب من خصائص وملامح وسمات كل من يود العمل في المجال
لتشخيصي أو الإرشادي أو العلاجي.

ويتلخص محتوى الكتاب في الأبواب الأربعة الآتية:-

الباب الأول: يتناول علم النفس الإكلينيكي. وينقسم إلى خمسة فصول
تحدد تعريف علم النفس الإكلينيكي والتشخيص النفسي ،
ومعايير ، ومسلمات المنهج الإكلينيكي ، كما تحدد مجالات
عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي وخصائصه مع
استعراض لأهم المقاييس الإسقاطية والسيكومترية ، ثم

ينتقل إلى تحديد أهم أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي المتنوعة ، ويختتم الباب ببعض التطبيقات الإكلينيكية لاستخدام المنهج الإكلينيكي في مجال التشخيص النفسي للعديد من الفئات الكلينيكية المتنوعة على الصعيدين العربي والأجنبي.

الباب الثاني بعنوان: الإرشاد النفسي وتطبيقاته ويتضمن هذا الباب فصلين عن تعريف الإرشاد النفسي ومجالاته وأنواعه وفنياته ، ويحدد فئة العاملين في مجال الإرشاد النفسي وتحديد المهام الوظيفية لكل منهم. ويختتم الباب بأهم مجالات استخدام الإرشاد النفسي في الحياة.

الباب الثالث بعنوان: العلاج النفسي.

وينقسم إلى ستة فصول على النحو التالي:-

الفصل الأول: يتناول تعريف العلاج النفسي ، وأهدافه وخطواته ، وخصائص كل من المعالج النفسي والمريض النفسي.

الفصل الثاني: يتناول أهم طرق العلاج النفسي القديمة كالتنويم المغناطيسي ، والعلاج الروحي.

الفصلان الثالث والرابع: يتناولان نماذج من طرق العلاج النفسي الحديثة كالتحليل النفسي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج المعرفي السلوكي ، والعلاج العقلاني الانفعالي ، والعلاج النفسي المتمركز حول العميل ، والعلاج الجشططي ، والعلاج بالمعنى ، والعلاج الجماعي.

الفصل الخامس: يتناول أهم الطرق المساعدة في العلاج النفسي:
كالعلاج بالعمل ، والعلاج باللعب ، والعلاج الاجتماعي
(البيء) والأمري والعلاج بالفن ، والعلاج عن طريق
اللون ... الخ.

الفصل السادس: يتناول أهم التطبيقات الإكلينيكية لأنواع العلاج النفسي
المختلفة في علاج الحالات العديدة ذات الاضطرابات
النفسية المتنوعة ، علي الصعيدين العربي والأجنبي.

الباب الرابع بعنوان: التشخيص النفسي والإرشادي النفسي والعلاج
النفسي لذوي الحاجات الخاصة ، ويتضمن فصلين:

الفصل الأول: يتناول كيفية تشخيص ذوي الحاجات الخاصة وأهم
الصعوبات التي تواجه تشخيصهم ، واتجاهات الإرشاد
النفسي في تعليمهم ، مع تقديم وصفا لوسائل التأهيل
المهني للمعوقين ، وكيفية الإرشاد النفسي لأسرة الطفل
غير المعادي.

أما الفصل الثاني: فيضم نماذج لأساليب إرشاد ورعاية وعلاج ذوي
الحاجات الخاصة وهم: فئة المعوقين سمعيا ،
والمكفوفين ، والمعوقين ذهنيا.

**ادعو الله أن يكون قد وفق في تقديم هذا المصنوع العلمي
الذي يفيد الأب والأم والطلاب والمعلم والطفل والمجتمع.
وبالله التوفيق**

المؤلف:

الأستاذة الدكتورة

زينب محمود شقير

أستاذة ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طحا

أكتوبر ٢٠٠٠ م

الباب الأول

علم النفس الإكلينيكي

الفصل الأول

١- تطور نشأة علم النفس الإكلينيكي وتعريفه.

→ موضوع علم النفس الإكلينيكي.

- علاقة علم النفس الإكلينيكي بغيره من العلوم الأخرى.

- مميزات علم النفس الإكلينيكي .

- الأخصائي النفسي.

تطور نشأة علم النفس الإكلينيكي وتاريخه:

إن علم النفس الإكلينيكي هو أحد فروع علم النفس الذي أصبح مودانا منظمًا من ميادين العلم ، وذلك منذ أن بدء يأخذ بالمنهج العلمي في البحث والدراسة ، وبدأ يكون لهذا العلم وسائله وأدواته الخاصة التي يستعين بها في الملاحظة والقياس ، وهذه الوسائل والأدوات والطرق الفنية قد مكنت علم النفس الإكلينيكي من أن يتميز عن كافة ميادين علم النفس والعلوم الأخرى.

وقد ارتكر علم النفس الإكلينيكي في تقدمه الحديث على اتجاهين أساسيين هما : نمو تقنيات العيادات الإكلينيكية ، والثاني هو اكتمال أدوات القياس ، والتي بدورها لم يكن ليحدث ذلك التقدم الهائل في مجال علم النفس الإكلينيكي .

إن كلمة كلينيكي مشتقة من كلمة كلينيكوس اليونانية والتي تعني بجوار سرير المريض ، ثم تطورت لتعني كافة أوجه العلاج الطبي ، وكلمة كليني تعني الفراش ، ثم اتسع معناها حتى أصبحت تشير إلى الفن في العلاج الذي يحرص في الاستجواب ، والفحص واستجواب المريض ، وإجراء التشخيص وتحديد العلاج اللازم لذلك

وأخيراً اتفق أن كلمة إكلينيكي امتد استخدامها إلى دراسة الفرد كفرد ، أي فحص وعلاج المريض كفرد على أسس أعراضه ، وليس على أسس أن هذا المريض مثال لحالة من الحالات التي تصنفها المراجع ، والمبهج المستخدم في الدراسة هو المنهج الإكلينيكي (لويس ملينكه ، فيصل خير للزراة).

ويرى البعض أن علم النفس الإكلينيكي يتناول فقط المرضى والشواذ ، في حين أن علم النفس الإكلينيكي بالمعنى الواسع هو ميدان

تطبيق المبادئ النفسية التي تهتم أساساً بالتوافق السيكولوجي للأفراد ،
وينص التوافق السيكولوجي ومشكلات السعادة لدى الفرد ، كما
يتضمن علاقته بالآخرين ، ومطالب المجتمع الأكبر الذي يعيش فيه
وأهدافه وعاداته (عطية هنا).

ومجد أن عطوف ينسب بحر تعبيراً صريحاً بأن علم النفس
الإكلينيكي ميداناً حديثاً معاصراً ، وقد نما هذا الميدان في السبعينيات
والثمانينيات نمواً مذهماً في شتى أنحاء العالم وذلك كما يقبول روتنر
مدير برامج التدريب الإكلينيكي.

ويتصدى علم النفس الإكلينيكي لمشكلة التوافق الإنساني بهدف
مساعدة الإنسان ليعيش حياة أقل قلقاً وأفضل توافقاً وأكثر سعادة
وأطمئناً.

ويرى المؤرخون عن تطور علم النفس الإكلينيكي أن الاتجاهات
المتعددة التي سار بها العلماء لتطوير هذا العلم تبلورت في اتجاهين
رئيسيين هما:-

١- المدرسة القياسية.

٢- المدرسة الديناميكية.

فقد اهتمت مدرسة القياس بمبدأ الفروق الفردية واستخدمت
الملاحظة والقياس ومن أشهر علمائها بيبيه وتيرمان وكاتل وثورنديك .
فقد استخدمت الاختبارات النفسية لإجراء دراسات مقارنة بين
العاديين وضعاف العوز ، واتجه معظم السيكولوجيين الإكلينيكيين قبل
الحرب العالمية الثانية نحو علاج مشكلات الأطفال والعيادات المحلية
ومؤسسات المعوقين وضعاف العقول ومراكز الأحداث وإعداد
الاحتبارات التي تقيس القدرة العقلية والتحصيل المدرسي والاستعدادات.

وبرر الاهتمام في اختبارات الشخصية بين الراشدين في
مستشفيات الأمراض العقلية في أواخر الثلاثينات وبداية الأربعينات.
ثم حدثت تغييرات معاصرة في الميدان الإكلينيكي وساهمت
تغيرات متعددة في نمو وارتقاء الميدان للكلينيكي مثل: الطب النفسي -
علم النفس التعليمي - مدرسة الجسطلت - مدرسة الذات - ظهور
العيادات النفسية - ظهور الاختبارات وانتشارها.

وقد أشار العالم ايت إلى عدة إنجازات حاصرة لعلم النفس
الإكلينيكي وما تزال في حالة الارتقاء كتطلعات مستقبلية لا بد من
استكمالها وحدد هذه الاتجاهات:

١- أن علم النفس الإكلينيكي بدأ يتجه لوضع مفاهيمه وفروضه في
صورة قابلة للاختبار والعحص متمشيا مع أدق الأساليب المبهجة
العلمية.

٢- بدأ علم النفس الإكلينيكي والمختصون فيه يدركون بأنه لا بد أن
يتكامل هذا الميدان بالتفاعل مع غيره من العلوم بالذات مع كافة
فروع علم النفس ومياديه (منهجيا ونظريا) وبذلك يصير لنفسه
النمو والاستمرار والتطور.

٣- أن علم النفس الإكلينيكي يحاول التوجه حاضرا ومستقبلا نحو
الاتجاه (الكمي) بالاعتماد على الاختبارات والقياس بجانب
الوسائل التشخيصية الأخرى.

٤- أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اهتماما بالتنبؤ Prediction

٥- لم يعد ميدان علم النفس الإكلينيكي محصورا في دراسة غير
الأسوياء فقط وإنما أصبح مهتما أيضا (بنمو الأسوياء) وتطوير
مواهبهم وفي دراسات المجال.

٦- أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اعتمادا على المبادئ والعلوم الأخرى وعلى وجه التحديد علم النفس الاجتماعي ، علم النفس الفارق ، الاثنوبولوجيا الاجتماعية والثقافية .

٧-بدأ علم النفس الإكلينيكي يهتم بوضع قصايا التحليل النفسي في صورة يمكن إجراء التجارب عليها.

٨-أصبح علم النفس الإكلينيكي يهتم بالأسس النظرية القائمة على البحث والدراسة للعلاج النفسي .

٩-بدأ علم النفس الإكلينيكي يعترف بالتفاعلات المتداخلة والعلاقات بدلا من التفاعلات المسلسلة ، أي أن علم النفس لم يعد يهتم بالظاهرة السلوكية باعتبارها مثيرا ونتيجة فقط ، لكنه أصبح يهتم بعدة مثيرات متفاعلة ونتائجها مجتمعة.

وعن تعريف علم النفس الإكلينيكي عند رواد علم النفس :

مصطفى صويف : هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث ، وهو يعتمد إلى حد كبير على الإفادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس ، الأساسية والتطبيقية ، بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التي تقدم للمرضى النفسيين في مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل وتدبير الوقاية.

لويس مونيكا : علم النفس الإكلينيكي هو ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بمشكلات توافق الشخصية وتعديلها ، وهو علم ومهنة في وقت واحد.

عطوف ياسين: هو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافا واضحا عن غيرهم من الناس مما يدعو إلى اعتبارهم شواذ أو غير

أسوياء لسبب أو لآخر ، بقصد مساعدتهم للتغلب على مشكلاتهم وتحقيق تكيف أفضل لهم .

مصطفى فهمي : هو ذلك المبدل من ميادين علم النفس الذي يتناول تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها ، وهو في سبيل تحقيق ذلك يستعين بوسائل وأدوات علمية ، ويتم عادة هذا التشخيص وذلك للتوجيه والعلاج في عبادة أو مكان مشابه مخصص لهذا الغرض.

موضوع علم النفس الإكلينيكي وهدفه:

نظرا لاختلافات وجهات النظر بين الباحثين فى مجال علم النفس فهناك اختلاف حول ماهية علم النفس الإكلينيكي . من تعريف علم النفس الإكلينيكي بأنه ذلك المبدل من ميادين علم النفس الذي يعمل على تطبيق المبادئ السيكولوجية للسلوك وخاصة ما يتصل منها بميدان علم النفس المرضى على الفرد موضوع الدراسة فى العبادة النفسية .

وهذا التعريف يؤكد الوظيفة التطبيقية للسيكولوجي الإكلينيكي ويؤكد كثير من علماء النفس مثل كاتل وغيره ذلك الجانب التطبيقي في مبدل علم النفس الإكلينيكي.

وقد نشر القسم الإكلينيكي في للرابطة للسيكولوجية الأمريكية تقريراً له عام ١٩٣٥ ضمنه للتعريف التالى لعلم النفس الإكلينيكي: يقصد بعلم النفس الإكلينيكي ذلك الجانب من علم النفس التطبيقي الذي يهدف إلى تحديد خصائص سلوك الفرد وإمكانياته ، وذلك عن طريق استخدام طرق معينة للقياس والتحليل والملاحظة ، وعلى أساس تكمّل

هذه النتائج مع نتائج الفحوص الجسمية والتاريخ الاجتماعي للحالة ،
تقدم اقتراحات وتوصيات تساعد على إحداث التكيف المناسب للفرد .
إلا أن هذا التعريف لم يحدد نوع السلوك موضوع الدراسة
والتوجيه أو العلاج .

وعلى ذلك فموضوع علم النفس الإكلينيكي هو : تشخيص
الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها باستخدام
وسائل وأدوات علمية (مصطفى فهمي) .

أهمية ومجالات علم النفس الإكلينيكي:

أصبحت العناية بصحة الأفراد النفسية في المجتمعات مؤشراً على
اهتمام حكوماتها بالمواطنين في عصر معقد يسيطر عليه التنافس .
إن الاضطراب النفسي قد نشأ بين الناس في القرن العشرين
وأصبح يسيطر على كثير من مظاهر سلوكهم حتى أصبح المحور الذي
تدور حوله الأبحاث المختلفة في تحليل كثير من مظاهر سلوكنا الخارجة
عن المألوف .

ولقد أشارت كارن هورني بأن أسباب القلق المعاصر نابعة من
الحضارة والثقافة والبيئة وأن الإنسان المعاصر يتأثر بها .
كما أن اضطرابات العلاقات الإنسانية تعد ثمرة لهذه النكبات وهي
بدورها تؤدي بالإنسان إلى الاعترايب والانعزال الوجداني ، والفقر
العاطفي ، والشعور بفراغ الحياة وعدم جدواها وفقدان التوازن النفسي ،
وشعور الفرد بالعجز والتهديد .

ومما يزيد في الإنسان الشعور بالقلق والاضطراب الظلم
الاجتماعي ، وأساليب التربية الخاطئة ، والتفكك العائلي ، هيقع الفرد
فريسة للألام والكآبة والإحباط والعصاب .

ويزيد الأمور تعقيداً تلك المهارات التي تجري في الكثير من
مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية التي يحتكر فيها الأطباء استعمال
الحقن والأدوية لتخدير المرضى بمسكنات مؤقتة ، تولد مضاعفات
وعلى الأخص في دول العالم الثالث التي لا تقدر قيمة العلاج النفسي
و أخصائييه حتى وقت قريب

مما سبق نجد ان علم النفس الإكلينيكي يهدف لتطبيق المبادئ
السيكولوجية للسلوك وخاصة ما يتصل منها بمودان علم النفس
المرضى على الفرد موضوع الدراسة في العيادات النفسية ، فهنا تبرز
الوظيفة التطبيقية لعلم النفس الإكلينيكي ويرى العالم شافر والعالم
لازاروس بأن الخلاف بين العلماء في تحديد موضوع علم النفس
ومجالاته يعود لاختلاف وجهات النظر .

وفي اعتقادنا بأن المجال الموضوعي الجوهري الذي يتناوله علم
النفس الإكلينيكي هو تشخيص الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات
السلوك وعلاجها ، ويستخدم لتحقيق ذلك أدوات ووسائل علمية ، ويتم
هذا التشخيص والعلاج في عيادة أو مكان مشابه مخصص لهذا
الغرض .

ويحدد مصطفى فهمي ثلاثة مجالات رئيسية لعلم النفس

الإكلينيكي هي :-

أولاً: الدراسة النظرية وتشمل:

١-دراسة الشخصية :

أ- نظرياتها .
ب- عوامل نمو الشخصية .

٢- الأمراض النفسية والعقلية:

أ- ما هو المرض النفسي؟ وما هو المرض العقلي؟ وما الفرق بينهما؟

ب- تصنيف الأمراض العقلية وتصيراتها.

ج- المرض النفسي : أعراضه وتصيراته.

٣- اضطرابات السلوك .

٤- العلاج النفسي :-

أ- ما هو وما طبيعته ؟

ب- مدارس العلاج النفسي المختلفة .

ج- الأسس التي تقوم عليها العملية العلاجية .

ثانياً: الدراسة العلمية التطبيقية:

ويقصد بهذه الدراسة لطرق الفنية التي يستعين بها المصنفون

الإكلينيكي في عمليات التشخيص والتوجيه والعلاج النفسي.

وتتضمن الطرق الفنية الأساسية الأساليب التالية:-

١- دراسة الحالة.

٢. دراسة تاريخ الحالة.

٣. المقابلة الإكلينيكية .

٤- الاختبارات التشخيصية.

وعلى الرغم من أن ميدان علم النفس الإكلينيكي يمكن أن يميز

فيه هذان الجانبان من الدراسة -النظري والعملية التطبيقية - إلا أنه لا

يجب أنهما جانبان منفصلان بل أن كلاهما يكمل الآخر ، ويرتبط

عمقا وقوة .

خاتمة المبادئ النفسية:

وتتضمن التنظيم للقائم بهذه الهيئة الفنية العاملة وبها إجراءات العمل، أخلاقيات العمل (عطف ياسين).
خلاصة القول فإن أهم ما يسعى إليه علم النفس الإكلينيكي هو التشخيص والتنبؤ والعلاج.

العالون في ميدان الصحة النفسية:

العمل في ميدان الصحة النفسية يجب أن يكون في شكل فريق يضم :-

• المعالج النفسي Psychotherapist

ويتخرج من أحد أقسام علم النفس ويختص في الصحة النفسية والعلاج النفسي . ويجب أن يزود بالقدر الكافي من المعلومات الطبية التي يحتاج إلى معرفتها في العلاج النفسي . ويحصل على درجة عليا في تخصص الصحة النفسية والعلاج النفسي (في مصر لا تقل هذه الدرجة عن الدكتوراه) . ويختص بالتشخيص والعلاج النفسي .

• المعالج النفسي Psychologist

ويتخرج من أحد أقسام علم النفس بالجامعة . ويختص بالتقاسم النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام ومساعدة المعالج النفسي .

• الطبيب النفسي Psychiatrist

ويتخرج من كلية الطب ثم يدرس علم النفس وعلاج الأمراض النفسية وقد يتخصص في الأمراض النفسية والعصبية . ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبي النفسي وبالعلاج الجسمي والعلاج بالأدوية والعلاج الجراحي .

وعند الحديث عن مجالات علم النفس الإكلينيكي ينبغي الإشارة إلى مجال علم النفس المرضي : فيشير مونتجومري شايررو (ترجمه للعربية صفوت فرج) أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يستطيع أن يقول إن مجال علم النفس المرضي يتألف أساسا من الظواهر النفسية التي تتطلب تدخله ، ويبدو أن هذه الظواهر تتم بوحدة على الأكل من الخصائص الأربع التالية:

- أ- أنها مصدر معاناة للشخص ذاته والمحيطين به ، كأن تأخذ شكل مخاوف أو مشاعر تعلمة .
 - ب- أن تكون مؤدية إلى عجزه كالمخاوف المرضية وصعوبات الذاكرة .
 - ج- أن تكون غير متسقة اجتماعيا مع السياق الحضاري المحدد للمريضة .
 - د- أن تكون متنافرة مع الواقع كالهلاوس والهذيان.
- ثم قسم المؤلف هذه للظواهر إلى عشرة فئات رئيسية هي:
- ١- مشاعر مرجعية بالغة الشدة ، بمعنى أن تكون مشاعر مرتبطة بعنصر خارج المريض " أنا مكتئب " أنا أخاف الكلاب .
 - ٢- مشاعر غير مرجعية وبالغة الشدة ، بمعنى أن تكون مشاعر لا علاقة لها بشيء في العالم المحيط بالمريض مثل " أشعر باكتئاب شديد " " أشعر بقلق شديد " .
 - ٣- حوافز وحاجات مغتلى في تصخيمها أو في التقليل من شأنها ، مثل حوافز تناول الطعام والجنس والنوم .
 - ٤- معتقدات بالغة القوة عن العالم الخارجي أو عن المريض نفسه ، مثل " لا يوجد مستقبل " أستحق أن أمتع نفسي " .

٥- اختلال في الوظائف المعرفية مثل العجز عن التركيز والعجز عن التفكير .

٦- سلوك غير اجتماعي وغير توافقي ، مثل تكرار إحكام صلبير العاز ، والعجز عن الاهتمام إلى الطريق في الأماكن المألوفة .

٧- سلوك اجتماعي غير توافقي مثل العجز عن الذهاب إلى الحفلات ، أو الصباح في وجوه الناس في الطريق بالقول لا رابط بينها .

٨- خبرات إدراكية مضطربة مثل الهلوس ومشاعر فقدان الواقعية .

٩- خبرات جسمية بالغة الشدة مثل التوتر والصداغ.

١٠- اختلال الوظائف الحركية ، مثل الحركات وارتباك الحركة والرعشة.

علاقة علم النفس الإكلينيكي بعلوم علم النفس الأخرى

١- العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس الإرشادي والعلاج

النفسية

هناك تشابه بين وظائف الأخصائي النفسي الكلينيكي و الأخصائي النفسي الإرشادي. في أن كليهما تكون العلاقة شبه شخصية Interpersonal بين الأخصائي والمسترشد وذات أهمية بالغة. كذلك فإن العلاقتين ، للكلينكية والإرشادية ، يجب أن لا تنفصل الإحساس بالخوف لدى المسترشد ، وأن تكون علاقة ثقة ، علاقة سمحة ، ومقبولة من الطرفين ، وبالمثل فإن الإرشاد يعتمد على التواصل اللفظي . كذلك فإن غالبية الأخصائيين الإرشاديين يستخدمون نوعاً من المعالجة غير الموجهة : Non- directive ولو أن الكثير يمجحون بـ

ذلك المنهج ومنهج التوجيه . ومن المعروف أن منهج التحليل النفسي هو أقل المناهج ملائمة للإرشاد النفسي

وعن أوجه الخلاف بين العلوم الثلاث:-

ربما كان الخلاف الأول هو أن الكلاينيكى يهدف إلى تغيير البناء الأساسى للشخصية و المعطيات الشخصية ، بينما يهدف الإرشادى إلى تمكين الفرد من استخدام مصادره الحثية بكفاءة ممكنة لحل المشاكل . وقد أدخلت جانيت تيلر Tyle مفهوم " للعلاج ذو الحد الأدنى من التغير Minimum change therapy لتمييز به عملية الإرشاد . فهدفه هو إعادة التوافق في حدود الحد الأدنى من تغير الشخصية دون الدخول في مصادر القلق والصراع.

وبينما يهدف العلاج النفسي إلى تغيير مستوى القلق لدى المسترشد وباعته وغيرها من عاداته الاستجابية العامة فإن الإرشاد يساعد على حل المشاكل المعينة ، مثل عادات الاستنكار الصارة ، أو نقص العلاقات الاجتماعية التي قد تعوق قيام المسترشد بوظائفه بكفاءة كذلك يهتم الإرشاد باتخاذ القرارات ووضع الخطط فيما يتعلق بالمسائل التربوية والمهنية وغيرها من مسارات النشاط . وعلى أي حال فإن الأخصائى النفسى الإرشادى لا يعطى عادة النصائح أو يحير المسترشد بما يجب عليه عمله . فمن المتفق عليه الآن أن سلوكه مثل هؤلاء فى هذا السبيل يدعم عادات الاعتماد دون أن يسهل نمو الشخصية

ولما كان الإرشاد النفسى لا يأخذ على عاتقه إعادة تركيب أو بناء الشخصية أو زيادة استبصار المسترشد بكل صراعاته الانفعالية ، فإنه يستغرق وقتاً أقصر بكثير من العلاج النفسى . ويجب الإشارة هنا أيضاً

إلى أن العلاج غير الموجه يستغرق وقتاً قصيراً من العلاج بالتحليل النفسي . والأمر الذي يشبه إلى حد كبير الفرق بين الإرشاد النفسي وعلم النفس الكلينيكي .

وأحد الفروق الأخرى بين علم النفس الكلينيكي والإرشادي هي أن الأول يركز على نواحي الضعف التي يجب التغلب عليها بينما يركز الثاني على نواحي القوة التي يجب تسميتها بالأخصائي الإرشادي لا يوافق في استخراج نواحي نقص الشخصية وإنما يركز على الاستفادة من المميزات الموجودة لدى المسترشد. فهو يبحث عما هو سوى أو عاды لديه حتى غير الأسوياء منهم أما الكلينيكي - وبالطبع أخصائي الأمراض العقلية فإنه يبحث عن أوجه اللامواء حتى لدى الأسوياء.

وعلم النفس الإرشادي في تركيزه على النمو الإيجابي والوقاية من سوء التوافق إنما يتفق مع اتجاهات الصحة العقلية . وربما وصل الأمر حين نزيد معرفتنا بأسباب الأمراض العقلية وطرق الوقاية منها أن يزداد الاعتماد على الأخصائي الإرشادي وتظل الحاجة إلى الأخصائي الكلينيكي.

وعلى العكس من العلاج النفسي، فإن الإرشاد النفسي يتطلب إعطاء معلومات حقيقية ، ففي الإرشاد التربوي والمهني يحتاج الفرد إلى معلومات عن متطلبات العمل ومرضه ، والمدارس والمنهج المتبعة والمهارات المطلوبة . إلخ. ومثل هذه المعلومات يجب توفيرها عندما تكون مساعدة للمسترشد على التفكير بواقعية في مشاكله وقد يصل الأخصائي الإرشادي لهذه المعلومات بنفسه لو قد يحيل المسترشد إلى مصادرها.

ويجب على الأخصائي الإرشادي أن يكون على دراية بأحدث المعلومات ومصادرها في مجال تخصصه.

ولما كان الإرشاد المهني يلعب دوراً هاماً في معظم المرشدين فإن الدراية بعالم العمل يعتبر شيئاً ضرورياً في تدريب الأخصائيين. والواقع أن وجود مثل هذه البرامج في مناهج الدراسة هو الذي يميز مناهج تدريب الأخصائيين الإرشاديين عن مناهج تدريب الكليينيكين.

ويرى البعض أن نوع المسترشد يميز أيضاً بين الأخصائي الإرشادي والأخصائي الكليينكي. فمن المسلم به أن الإرشادي يعمل مع أشخاص أقرب إلى السواء. ويعبر (هان) عن هذا الفرق بقوله: أن الأخصائي الإرشادي غالباً ما يتناول أشخاصاً يكون مستوى القلق عندهم معوقاً لجهودهم دون أن يكون معجزاً أو مساعداً على عدم التكامل والانهيار. ومن الطبيعي أن يكون هذا الفارق نسبياً.

ولعل الفارق الأخير بين المجالين يتجلى فيه اعتماد الإرشادي على المناهج الموضوعية والمعايير الاميريقيّة أكثر من اعتماد الكليينكي عليها.

وعلى أي حال فإن الكثيرين يرون أن التعاون الوثيق بين الأخصائي الكليينكي والإرشادي شيء لا بد منه أو أنهما غالباً ما يحتاجان نفس الفرد.

٢- علاقة علم النفس الكليينكي بالطب:-

يهتم الطب بدراسة الأمراض الجسمية وتشخيصها وعلاجها ، ونظراً للعلاقة بين ما هو جسمي وما هو نفسي وما أثبتته البحوث من علاقة بين المرض الجسمي وكل من المرض النفسي والعقلي ، فمن

الطبيعي تكوين علاقة وثيقة بين الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي لأشتر اكهما فى دراسة الأمراض العصابية والذهانية.

٣- علاقة علم النفس الإكلينيكي بالتحليل النفسي:

يهتم التحليل النفسي بالوصول بالحالة إلى الخبرات الطفولية المبكرة ، وأيضاً التعمق داخل الحالة لدراسة الصراعات اللاشعورية وتأثيرها على سلوك المريض وحالته المرضية بهدف التشخيص والعلاج ، ومن هذا يلتقي علم النفس الإكلينيكي مع التحليل النفسي من حيث الوظائف الخاصة بكلاهما: التشخيص ، العلاج ، التوجيه ، البحث.

٤- علاقة علم النفس الإكلينيكي بعلم نفس النمو:

يفيد علم النفس الإكلينيكي من علم النفس النمو ، في عديد من الأغراض التي تخدم أهداف هذا العلم مثل تقدير درجة التخاف العام أو النوعي ، وصف السلوك المميز لمراحل النمو النفسي في سنوات العمر المختلفة ، الاستفادة منه في العلاج للسلوكي وغير ذلك.

٥- علاقة علم النفس الإكلينيكي بعلم النفس الاجتماعي:-

* يركز علم النفس الاجتماعي على دراسة واستخلاص القوانين التي تحكم تشكيل سلوك الفرد من خلال تفاعلاته مع الآخرين مسواء كانوا أفراد أم جماعات مما يفيد علم النفس الإكلينيكي في التقدير أو القياس لمجال التفرقة بين المعايير السيكمترية التي تجمع على أفراد يحثرون في مواقف فردية وبين المعايير التي تجمع على نفس الاختبارات ولكن في مواقف اختبار جمعي مثل اختبار المصفوفات المنتجة التي يمكن تطبيقها فرديا وجمعا.


* كما يفيد علم النفس الاجتماعي ذلك العلم من مجموعة الجهود التي بذلت لإقامة نظام للتشخيص يعتمد أساسا على نموذج التفاعل بين الأشخاص ليحل محل النموذج الطبي الذي يستوحيه نظام التشخيص السائد في ميدان الطب النفسي.

* علاوة على ما يستفاد علم النفس الإكلينيكي من علم النفس الاجتماعي من العناية بتعديل بعض المهارات الاجتماعية الذي يؤدي إلى تحسين عدد من المرضى النفسيين بدرجات متفاوتة ، وفي ذلك يستخدم برامج تعديل المهارات الاجتماعية لدى المرضى جميع الدراسات الأكاديمية (في مجال علم النفس الاجتماعي) التي تتركز حول قوانين التفاعل بين الأشخاص لتوضيح الأشكال المعيارية للتفاعل وما تعتمد عليه هذه الأشكال من مهارات اجتماعية دقيقة ، كالالتفات ، والإنصات الجيد ، والتحكم الدقيق في تغيرات الوجه ونبرات الصوت ، وأوضاع الجسم بما يلائم مقتضيات المواقف الاجتماعية المختلفة ويستعملون إلى جانب ذلك بقوانين التعلم الاجتماعي لإحداث التعديلات المطلوبة (مصطفى سويف).

٦- علاقة علم النفس الإكلينيكي بالقياس النفسي:-

* يعتمد عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى حد كبير على استخدام أدوات للقياس المختلفة في مراحل الفحص المختلفة بفرض الوصول إلى تحديد دقيق لمستوى كفاءة الوظائف المختلفة سواء للإسهام في الوصول إلى تشخيص دقيق للاضطراب ، أو للتخطيط للعلاج والتأهيل أو بفرض متابعة الحالة أثناء وبعد علاج معين .

* إمكانية اكتشاف علاقات معينة تدخل في صميم بنية علم النفس الإكلينيكي. مثل وجود ارتباط عكسي جوهري بين القدرة على تركيز الانتباه وبين القلق.

* الامتداد بعدد من المفاهيم التي تعتبر أساسية في فرع القياس النفسي إلى داخل علم النفس الإكلينيكي ، مثل مفهوم الثبات ومفهوم التجانس ومفهوم أحادية البعد (مصطفى فهمي). 

مصادر علم النفس الإكلينيكي :-

من حيث الموضوع : إن موضوع علم النفس الإكلينيكي ، هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية ، أي دراسة الشخصية في بيئتها ، وعلم النفس الإكلينيكي يمكن أن يمتد بالدراسة أيضا إلى جماعات صغيرة وتدرس على أنها هي حالة فردية (لاجان)

عن حيث المنهج :- تضطلع الملاحظة بالدور الرئيسي في الدراسة الكليبيكية ، ولكن علم النفس الإكلينيكي يميل بصورة متزايدة إلى أن يأخذ صورة للمنهج الإكلينيكي المصالح بالمقاييس المقننة ، حاصرا مع ذلك اهتمامه في الوحدة الكلية لاستجابات كائن بشري يعاني برمته في اشتباكه بموقف ، ومعنى ذلك أنه يتناول للشخص من حيث هو وحدة كلية حالية وزمنية في موقف .

من حيث الأهداف : من الزاوية العلاجية : أن الشخص كما يقبل للفحص ، فلا بد وأن يجد في نفسه ما يدفعه إلى

ذلك ، وبالتالي فهو حامل مشكلة ، ومن هنا تكون الأهداف العملية هي الاستشارة أو العلاج أو إعادة التربية. ومن الزاوية العملية : نجد أن الأهداف العملية لا يمكن أن تتحقق إلا بالاستناد إلى معارف عميقة سابقة ، فالتشخيص ينحصر في الإمساك بالدلالة الخاصة ، التي تتخذها علاقة الشخص بالبيئة (صلاح مخيم).

الأخصائي الإكلينيكي

سماته وخصائصه :-

أوجز أطوف ياسين ما أورثته اللجنة الخاصة بالتدريس لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية وكذلك ما لوضحته قائمة كارل روجرز عن خصائص وسمات الأخصائي الإكلينيكي فيما يلي:-

- ١- الرغبة في معاونه الآخرين ومساعدتهم.
- ٢- أن يتمتع الأخصائي الإكلينيكي بقدر عال من الاستبصار.
- ٣- أن يتمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين.
- ٤- أن يتمتع بمستوى عال من الضبط الانفعالي والذاتي.
- ٥- أن يكون على مستوى أكاديمي عال ، ومستوى لائق من الذكاء الاجتماعي.
- ٦- أن تكون لديه قدرة على المرونة ، والقيادة والإبداع والصبر وحسن الإصغاء.
- ٧- القدرة العملية والأكاديمية الممتازة.

- ٨- حب الاستطلاع.
- ٩- المتابعة.
- ١٠- المسؤولية.
- ١١- القدرة على ضبط النفس.
- ١٢- الأساس الثقافي الواسع.
- ١٣- القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين.
- ١٤- الأصالة وسعة الحيلة.
- ١٥- الحساسية لتعقيدات الدوافع.
- ١٦- احترامه لكل إنسان وتقبله له.
- ١٧- القدرة على فهم السلوك الإنساني.
- ١٨- الروح الموضوعية والاتجاه الانفعالي غير المتحيز.
- ١٩- أن يعرف نفسه ونواقعه وأن يدرك قصوره وعجزه الانفعالي.
- ٢٠- الاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس الإكلينيكي خاصة.

أهداف تدريب الأخصائي الإكلينيكي :-

تهتم الدول المتقدمة بإعداد الأخصائي الإكلينيكي إعداداً مكثفاً في الجانبين النظري والتطبيقي لمواجهة أعباء عمله ومسئوليته وقد أوجز عطف ياسين ما حدده ريتشاردز من أنواع الدراسات التي يحتاجها الأخصائي الإكلينيكي وهي :-

- الدراسات الأساسية العامة.
- الدراسات الفنية التكنيكية للمهارات.
- التطبيقات الإكلينيكية.

ثم أكد على أهمية التدريب الميداني تحت إشراف أطباء وعياديين متخصصين ، وأن يتخذ للعمل عادة فكرة الفريق العيادي

الذي يتكون من : الأخصائي الإكلينيكي والطبيب ، والممرضة والأخصائي الاجتماعي ، والمرشد المهني ، وكل من يساهم في عمليات التشخيص والعلاج.

وقد استعرض زين للعابدين درويش ما انتهت إليه مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية من أن أسلوب التدريب داخل نطاق العمل لم يعد يمثل الإعداد الملائم ، وأن الأخصائيين النفسيين الإكلينكيين ينبغي أن يتلقوا تدريباً مهنيًا سليماً ، يمكن أن يقدم في شكل مقررات لدراسات عليا لاحقة للدرجة الجامعية الأولى في علم النفس العام ، على أن يكون برنامج هذه الدراسة مرناً وانتقائياً ، وأن يكون المضمون والاتجاه مؤسسين على المعرفة النظرية ، وعلى الخبرة العملية المتصلة بمشكلات البلاد الذي يعمل فيه الأخصائي ، والمرحلة التي بلغها المجتمع في التنمية.

وأضاف أنه ينبغي أن يظل المنهج الدراسي مشتملاً على تدريب من التقدير السيكولوجي كجانب رئيسي في البرنامج ، بجانب ضرورة تعلم الأساليب العلاجية المختلفة ، كالعلاج النفسي ، والعلاج الجماعي ، وأساليب الإرشاد النفسي ، مع قدر كاف من الأسس النظري ، وذلك لتمكين الطلاب من تطوير هذه الأساليب الخاصة بالعلاج وتعلم الجديد منها.

مجالات عمل الأخصائي الإكلينيكي:-

أوجز مصطفى فهمي ما أشار إليه شاكو من أن هناك مجالات اهتمام أربع لعمل الأخصائي الإكلينيكي:-

أولاً- قد ينتظم مجال اهتمام السيكولوجي الإكلينيكي حول الاتجاه الديناميكي في دراسة الشخصية. وهذا يتطلب منه بصيرة كافية

بالطب النفسي ، وعلم النفس الإكلينيكي ، والتحليل النفسي ، وهو في دراسته لتنظيم الشخصية ، عليه أن يتخذ من دراسة حالة الفرد موضوع التشخيص والعلاج وسيلة يستعين بها للوصول إلى تعميمات من فئات الناس والعوامل المؤدية إلى السواء والاضطراب.

ثانياً - قد ينتظم اهتمام الميكولوجي الإكلينيكي كذلك حول استخدام الاختبارات النفسية والعقلية للكشف عن بناء الشخصية وتركيبها وقدراتها واهتماماتها وميولها وقومها ، أو ما قد تعاني منه من أعراض نفسية مرضية واضطرابات في السلوك. ومن الضروري - لنجاح هذا الجانب - أن يكون هناك تعاون إيجابي مع العاملين في الميدان التربوي والمهني.

ثالثاً - قد يسعى الميكولوجي الإكلينيكي للحصول على مساعدة المريض نفسياً أو الذي يعاني من اضطرابات في السلوك - سواء في مرحلة التشخيص النفسي أو العقلي أو كلاهما ، أو في مرحلة تقديم العلاج اللازم أو ما قد تتطلبه الحالة من بعض أساليب الإرشاد النفسي.

وبذلك يكون من الممكن تحديد مجالات وأماكن تواجد وعمل

الأخصائي الإكلينيكي وهي (عطوف ياسين):-

١- العمل في العيادات النفسية والمستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية أو العقلية ويقوم فيها بالتشخيص أو العلاج أو بهما معاً ، كما يشرف على البحوث الإكلينيكية.

٢- العمل في المؤسسات الإصلاحية كمؤسسات الأحداث والمحرفين ويقوم فيها بدراسة الحالات ، وتقديم الاقتراحات الخاصة بها ،

ويساعد في توجيه الأفراد والعمل على تكيفهم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.

٣- للعمل في ميادين الخدمة الاجتماعية والإسكان والتعمير والصناعة والشركات ووسائل الإعلام ، ومكاتب العلاقات العامة ، ومؤسسات التأمين ومكاتب التدريب والتوجيه المعنوي للقوات المسلحة.

٤- العمل في مجالات التوجيه المهني والتربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية والجامعية على اختلاف مراحلها.

٥- العمل في مراكز البحوث ومتابعة الدراسات التربوية والصحية والاجتماعية ، ويعمل في مراكز التخطيط والتنظيم والإدارة.

وقد أوجز عطية هنا التحويلات التي ظهرت في اهتمامات السيكولوجي الإكلينيكي ولوجه نشاطه منذ أوائل الثلاثينات وحتى الآن على النحو التالي:-

- من الاهتمام الرئيسي بمشكلات ومعتقدات الأطفال إلى مشكلات توافق الكبار.

- من الاهتمام الشديد بقياس الذكاء ونواحي العجز والأتار التي تحدث في القيام بالوظائف العقلية إلى الاهتمام بقياس صفات الشخصية والتوافق.

- من الاهتمام بتصنيف الشذوذ العقلي مع تأكيد وظيفة السيكولوجي كمطبق للاختبارات ومفسر لها إلى الاهتمام بالعلاج النفسي وعلاج الحالات بالفعل ، أي أن وظيفته تنحصر في العلاج ، التدريس ، الإدارة ، التشخيص ، البحث ويمكن الخروج في نهاية الحديث عن عمل الأخصائي الإكلينيكي بالحديث عن دوره في المجتمع ، ودوره الوظيفي ،

ودوره العلاجي ، ودوره في تقدير المرضى والتي أوجزها ريس
العالمين درويش على النحو التالي:

*** دور الأخصائي الكلينيكي بالنسبة لاحتياجات المجتمع:-**

يجب على الأخصائي النفسي أن يكون مستعدا لمواجهة أنواع
الضغط والأمراض النفسية في مراحلها المبكرة بالعمل الوقائي
الفعال ، ومن أنظار لاسكتل انمرضى في مستشفيات أو العيادة ،
وهذا يلزمه أن يحاول تقديم علمه حيث الحاجة ملحة إليه ، سواء كان
ذلك من خلال تعاونه مع المؤسسات القائمة بالمجتمع أو عن طريق
اتصاله بالأسر والأفراد.

١ - قيامه بإجراء بحوث كثيرة عن تأثير العوامل النفسية الاجتماعية
على الصحة عموما ، ومثل هذه البحوث ينبغي أن تشمل دراسة لما
يعتقد المرضى والأفراد الممثلون للمجتمع المحلي أنهم في حاجة
إليه من خدمات ، كذلك فإن من حق المجتمع أن يتوقع إجراء
دراسات على الخدمات المقدمة في مجال الصحة النفسية ، في
المستشفيات ، والعيادات ، والمؤسسات العلاجية بقصد إدخال مزيد
من التحسينات عليها.

٢ - يتوقع المجتمع من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الخبراء في
المجال أن ينهضوا بتدريب الأخصائيين الناشئين في الجامعات
والمؤسسات التعليمية الأخرى ، والمشاركة في ممارسة التخصص
وفي تدريب أفراد المهن الأخرى المتصلة بمجال الصحة النفسية
كالأطباء ، والأطباء النفسيين ، والمرشدين ، والأخصائيين
الاجتماعيين والممولين عن مراقبة الجانبين.

• دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في تقدير المرضى :-

لقد اعترفت مجموعة العمل بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في تقدير المرضى ، أي في التصنيف التشخيصي ، وترى أن هذا التقدير ينبغي أن يجرى على فترات متباعدة نسبياً ، وأنه لا ينبغي أن تكون نتائج هذا التقدير بمعزل عن العوامل الاجتماعية وغيرها من العوامل الأخرى المؤثرة على حالته المريض

ولأن الوصف التشخيصي الواقعي يأخذ في اعتباره المتغيرات المرتبطة ، لا في اتجاه المريض نحو بيئته فحسب ، لو نحو مؤسسة خاصة بحيا في كنفها (المدرسة مثلاً) ، بل لابد أن يأخذ في الاعتبار أيضاً للتغيرات المطلوبة في اتجاه المؤسسة نفسها نحو هذا المريض .

• دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العمل الوقائي :-

تؤكد مجموعة العمل اقتناعها بأن الأخصائي النفسي الإكلينيكي سوف يلعب دوراً أكثر فعالية في المستقبل بالنسبة للوقاية . ففيما يختص بالوقاية من الدرجة الأولى سوف يكون عليه عبء القيام بمهمة صعبة هي تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الإصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون .

وفيما يتعلق بالوقاية من الدرجة الثانية ، فإن مهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي تشمل اكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للمرض النفسي ، والبحث عن الأسر والأفراد المحتاجين إلى العون ، وهذه مهمة ينبغي أن يخصص لها تخصص نفسي . كي يمكن نحو هدف أن سوزي بهم الصغوط التي يتعرضون لها إلى مرض خطير . وبالنسبة للوقاية من الدرجة الثالثة ، فإن الهدف منها هو ترقى الانتكاس والحيولة دون إزمار المرض ، وتقليل دواعي البقاء بالمستشفى لوقت طويل

وثمة دور محدد للأخصائي النفسي الإكلينيكي بوصفه موجهها طبييا في المجتمع ، وتتجسد أبعاد هذا الدور في ضرورة تناوله لمجموعة المشكلات الصحية ذات الخلفية السيكولوجية ، كتعاطي المخدرات ، والأمراض التنفسية ، والجناح ، والتخلف العقلي . وعليه أن يبتكر الأساليب الملائمة للرعاية التي تقضى الإقامة داخل مؤسسات ، وعليه أن يعلم المجتمع كيف يتقبل صور العجز والقصور الماثلة لدى بعض أعضائه ، وكيف يتبنى نحوهم اتجاهات يتسم بمزيد من التسامح والمرونة . على أنه بسبب تعدد العوامل المؤدية إلى المرض النفسي وتشابكها ، فإن عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي سيكون أكثر فعالية إذا هو تعاون مع غيره من المتخصصين في فروع العلم الأخرى.

• دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العلاج:

للأخصائي النفسي الإكلينيكي دور في العلاج تزداد أهميته وتتعدد جوانبه مع الأيام . ومع ذلك فإن تزايد فرص العلاج لا يمكن أن تقدم غير حل جزئي فحسب لمشكلة ثلثية احتياجات المجتمع على المدى البعيد ، إذا لم يوضع في الاعتبار أيضا اتخاذ التدابير الاجتماعية الملائمة .

وهناك ميل في بعض البلدان لأن يضطلع الأخصائيون النفسيون بأعباء العمل الاستشاري والوقائي ، وأن ينهضوا بمهام اكتشاف الحالات المبكرة من المرض ، فضلا عن إجراء البحوث في المجتمع ، أو من خلال المؤسسات القائمة خارج نطاق المستشفى أو العيادة . ومثل هذا العمل يمكن أن يؤدي إلى خلق تخصص مهني مر طراز جديد مختلف عن الأخصائي النفسي الإكلينيكي بمعناه التقليدي .

ويذكر زين العابدين درويش أن مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية لاحظت التشعب بين الأخصائيين النفسيين في ممارسة جانب العلاج في العمل الإكلينيكي ، و يتجلى هذا التشعب في وجود فريق يرأول العلاج النفسي ، والعلاج النفسي الجماعي ، يستخدم المناهج الدينامية ، و يعتقد بأهمية تعديل الشخصية . وفريق آخر يضم من يفضلون العلاج السلوكي أو غيره من مناحي تعديل السلوك الأخرى ، ويستخدمون أساليب متنوعة تقوم أساساً علي نظرية التعلم الكلاسيكية . وبوجه عام يبدو أن هناك تحولاً عن " المنحى البيولوجي " إلى " المنحى الاجتماعي - النفسي " ، وهذا التحول لا ينعكس أثره ، علي معالجة المريض خارج المستشفى فحسب ، بل ينعكس أثره أيضاً علي ما تقدمه المؤسسات العلاجية لما يعرف باسم العلاج البيئي الذي يشمل المحيطين بالمريض من المرضى الزملاء .

الفصل الثاني

التشخيص النفسي والمنهج الإكلينيكي

أولاً: التشخيص النفسي.

- مشكلة التشخيص في علم النفس الإكلينيكي
- هدف التشخيص - مضمونه - بنيته - فوائده - منطقه معايير.

ثانياً: المنهج الإكلينيكي.

- مبادئه .
- مميزاته.
- التعارض بينه وبين علم النفس القياسي .
- الالتقاء بينه وبين علم النفس القياسي.
- تعاون المهجين

أولاً: التشخيص النفسي الإكلينيكي

يعني بالتشخيص الفهم الكامل ، ويتطلب خطوات أو عمليات معينة أساسية تشتمل على : الملاحظة ، الوصف ، تحديد الأسباب ، التصنيف والتحليل الدينامي بقصد التوصل إلى افتراض دقيق نحو طبيعة وأساس مشكلة العميل أو المريض ، « يقصد بالتنبؤ رسم مباشرة خطة العلاج ومتابعتها وتقويمها ، أي أن التشخيص يهدف إلى تقويم شخصية العميل : (قدراته - إنجازاته - سماته - الخ) التي تساعد على فهم مشكلته ، وبمعنى آخر إن التشخيص هو معرفة كم المرض ، أي معرفة طبيعة المرض ومدى شؤنه وشموله أي تحديد المرض أو الاضطراب أو الخلل أو المشكلة أو مظاهر الشذوذ أو الانحراف عن طريق ما يظهره الفرد من أعراض أو عن طريق معرفة أصل الاضطراب ومجري نموه ، وهذا معناه أن التشخيص يقصد به تصنيف الفرد على أساس سمات معينة ، والتشخيص أول خطوة يقابلها المريض عندما يدخل أي مستشفى للأمراض العقلية أو يذهب إلى إحدى العيادات النفسية حيث تشخيص حالته ، ويهتم المسنولون بتحديد مرضه تحديداً دقيقاً ، ولا يقصد بذلك مجرد وضع لافتة على المريض يكتب عليها عصابي أو ذهاني ، وإنما يقصد به رسم صورة كاملة وشاملة عن الأعراض ، وتقويم العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية في نشأتها (لويس مليكة ، مصطفى فهمي) -

وقد حرص أعضاء ياسين بحريف على تشخيص هذه النكبات العلمية الشامل لحالة مريضة محددة ، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها (الكمي والكيفي) ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة ، والمقابلة ، ودراسة الحالة ، والملاحظة ، والسجل المدرسي

والظروف للعائلية ، والسجل الطبي والتقييم العصبي ، ويشير بدقة إلى أسباب المرض المباشرة وغير المباشرة ، ويقوم بتحديد مكانها ، وطبيعتها ونوعها معجمها ودرجة حدتها دون الاكتفاء فقط بوصف الأعراض للمرضية السطحية ، وعلى هذا فالتشخيص العلمي يساهم السبل لتخطيط برنامج علاجي قابل للتطبيق والتفويض كما يتضمن التشخيص الهادف للتنبؤات المستقبلية والافتراضات المتوقعة .

ويجب أن يكون التشخيص كاملاً وأن يحفظ في سجل دائم ويتطلب الحصول على معلومات طبية ونفسية واجتماعية وتاريخية ، وهذا يتطلب أن يقوم به فريق من المتخصصين في الطب ، والطب النفسي ، وعلم النفس الإكلينيكي ، والخدمة الاجتماعية ، وأن يضعوا في اعتبارهم أن أساليب التشخيص تختلف باختلاف الهدف من إجرائها ، وباختلاف المؤسسة التي تجريها ، فإذا كان الهدف هو إدخال المريض لإحدى المؤسسات أو المستشفيات العلاجية فإن التشخيص يستهدف توصيف الأعراض ، كذلك ربما يكون التشخيص قبل وبعد تقديم نوع من العلاج لمعرفة مدى تأثيره وفاعليته ، وهنا ينصب الاهتمام أيضاً على الأعراض لوضع أسس العلاج في المستقبل .

ويأخذ التشخيص المعاصر شكلين :

أ- التشخيص التصنيفي الطبي :

ويتخذ من التصنيف أداة مساعد ، ويحصر في تسمية المرض أو شكوي المريض . ويميل بعض الأخصائيين الإكلينيكين للأخذ به رغم أنه أسلوب طبي ، ولكثر الحالات التي تثبت هذا الأسلوب جدارته فيها هي حالات المرض الذي يتطلب إجراء عملية جراحية ، ففي هذه

لا بد من الالتجاء للمتخصصين في جراحة المخ أو غيره ، أما الحالات النفسية فإن الأمر يختلف اختلافا كبيرا . ويرى كثير من النقاد أن الأسلوب الطبي محدود في نطاق خاص ، والتصنيف الذي قدمه لما الطبيب كريبلين لم يقدنا في فهم المرض أو معرفة أسبابه ، والحالة المحددة للخاصة من حالات الأمراض المختلفة لمرض بالذات هي حالة شدة وندرة في مجال الأمراض النفسية ، فالقصامي قد تبدو عليه مظاهر الاكتئاب الشديد أيضا .

ب- التشخيص الميكودينامي :-

فلقاعدة التي يتخذها التشخيص فيه هي ديناميات المرض النفسية ، وفي هذا الشكل لابد من دراسة الحالة دراسة مستفيضة من جميع جوانبها ، وخاصة من ناحية القدرات والدوافع والانفعالات والقيم والاتجاهات وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها الفرد ، فضلا عن آثار البيئة والمجال التي نشأ فيها .

مراحل وخطوات التشخيص عند ستد بيرج وتيلر :-

حدد هذان العالمان مراحل وخطوات التشخيص بالخطوات

الأربع التالية :-

- ١-مرحلة الإعداد .
- ٢-مرحلة التزود بالمعلومات .
- ٣-مرحلة معالجة المعلومات.
- ٤-مرحلة اتخاذ القرارات . (عطوف ياسين) .

مشكلة التشخيص في علم النفس الإكلينيكي:-

إننا لا نستطيع الفصل ما بين الأشكال المتكيفة والأشكال المضطربة للسلوك لأننا لا نرجع إلى القصور البالي القاتل بالاتصال والتجانس الكامل ، لا نستطيع الفصل ما بين الصحة والمرض ، ولكن لأننا نرى فيهما نهايتين مختلفتين للصراع ، لا يستطيع علم النفس الإكلينيكي إلا أن يضعها الواحد بالنسبة للآخر (لاجاش) .

إن المعرفة بأسباب الأمراض العقلية تعاني من نقص يكاد يكون تاما ، وبالتالي فإن التشخيص يقوم أساسا على الأعراض والرميزات ، ولم يمكن استخلاص نسق للتصنيف على هذا الأساس ترضي المتخصصين ، وهذا يتفق مع كامبرن حينما قال : إن كل المحاولات الحالية لتصنيف أنواع الاضطراب الوظيفي للشخصية ، تعد غير مرسية ، وينطبق هذا على أنواع المصائب ، كما ينطبق على أنواع الدمار ، فليس هناك كائنات حية مسببة ، وبالتالي فإننا لا نستطيع أن نرجع إليها كما هو الحال في الأمراض المعدية ، ولا توجد إصابات عصرية محددة كما هو الحال في أنواع الأمراض التي تنسب إلى جهاز معين من أجهزة الجسم ، كما أن الجهاز العصبي لا تبدو عليه تغيرات متسقة يمكن ربطها برميزات الأعراض ، كما هو الحال في أنواع الاضطرابات العصبية ، وعليه يكون من الضروري أن يتحقق الأشخاص الذين يعملون في ميدان الشذوذ من أن التصنيفات الرسمية الحالية للأمراض النفسية لا تقوم على أساس من أدلة علمي حاسم ومقنع ، إنما هي ولادة الضرورات العملية ، وتعتمد القرارات المتصلة بالمجموعة التي يصنف تحتها اضطراب سلوكي معين على الإطار الذي يتم تبنيه ، وقد تحدد هذا الإطار في كل من الولايات المتحدة

الأمريكية وانجلترا من خلال أغلبية أصوات الأعضاء الممارسين في الجمعيات الكبيرة (عبد الحليم محمود السيد) .

وعليه فقد فشل الطب النفسي في تقديم نظام مقبول للتصنيف، ولا نشين هذا فقط من ضرورة اخلال محكات غير علمية (مثل الاتفاق العام) وإنما يتضح كذلك من اضطراب (عدم الثبات) الاستخدام الحالي لنسق التصنيف الذي يستخدمه أطباء الأمراض النفسية ذوو الخبرة .

هدف التشخيص :

يعد هدف التشخيص في أساسه معرفيا . وأن يكن من الممكن النظر إليه علميا وعمليا . فهو من الناحية العلمية ، تتوفر فيه صفة العمومية ، ومن ثم فهو لا يكون مجرد كومة من التشخيصات الجزئية المتناثرة ، بقدر ما هو فعل ختامي توضع فيه التشخيصات الجزئية ، ضمن النظرة الكلية العام . أما من الناحية العلمية فالتشخيص يزودنا بقاعدة للعمل (علاج أو إرشاد . . الخ) .

مضمون التشخيص :-

ليس التشخيص مجرد إصاق بطاقة بهذا المصنف أو ذلك من أصناف الطب النفسي للتقليدي ، أي ليس تحديد النمط بالرجوع إلى تصنيف جاهز ، بل هو عملية دينامية تنصب على فرد بعينه في موقف بعينه ، في لحظة بعينها ، وتحدد الدلالة العميقة لجملة علاقاته من بيئته . فعلم النفس الإكلينيكي يأخذ على عاتقه في كل حالة ، تحديد " برنامج العمل " بما سيلائم حاجات الفرد ، موضوع التشخيص . ومن ثم ينتهي إلى الامساك بالدلالة المحايثة الخالصة بالموقف المشكل الذي يعيشه هذا الفرد ، وبالوظيفة المحددة لاضطرابات السلوك عنده ، فالتشخيص ،

تعبير عن لحظة من لحظات التطور لتاريخ شخصيته فسي علاقتها
بالبيئة.

بنية التشخيص :-

ثمة وجهان متتامان للتشخيص:

أ- مماثلة Assimilation :

بمعنى إدراج الحالة ، ضمن نمط كوفي استناداً إلى علم النفس
النظري .

ب- ملازمة Accomodation :

بمعنى ملائمة هذا النمط الكوفي ، بحيث توضع في الاعتبار
الخصائص الفريدة التي يتجسد عليها النمط العام في هذه الحالة (تبدل
وصعي بلغة الجشطط) . أي تبين الانتظام الفريد الذي يتخذه النمط
الكوفي في هذه الحالة .

ومن هنا فإن التشخيص ينطوي على عملية تأويل Interpretation
للوقات ، والمعطيات (محمد الطيب) .

فنيات التشخيص :-

إن التشخيص الجيد ، يستند دائماً إلى أنواع عديدة من
المعطيات . ولكن رسم تاريخ الحياة ، والملاحظة المباشرة يظنان لب
المنهج الكلاسيكي . وفيما يتصل بالملاحظة ينبغي أن نتنبه إلى أهمية
الملاحظة المتصلة ، بحيث تنصب الملاحظة على وقائع عيانية ، تنفذ
إلى الحقائق ، ولا تتخذ صورة التقرير الدوري في عدم تحده .

منطق التشخيص :-

إن التشخيص ليس عملية رصد للوقائع ، بل تأويل لها ، بينهاها
بناء جديداً في وحدة كلية تتيح فهم دلالة السلوك ، ووظيفته ، أي فهم

الكائن في علاقته ببيئته ، ويتحقق ذلك بحركة الديالكتيكية للفكر ، نمضي من الوقائع إلى الفرض التأويلي ، لتعود إلى وقائع أخرى تعدل من الفرض الأصلي وهكذا .

فالتشخيص عملية دينامية ، ليس لها من الناحية النظرية أن تتوقف ولكن الناحية العملية تحتم التوقف عند الوصول إلى تأويل بحيب على المتطلبات العاجلة للحالة ، هذه الحركة الديالكتيكية للفكر ، يسبقها تحديد المشكلة ، ويختتمها بإقامة التشخيص . (صلاح مخيمر) .

معايير التشخيص :-

لعل أهم معايير التشخيص في المنهج الكانتيكي ، مبدأ التكامل وهذا النقاء الوقائع .

مبدأ التكامل :-

" ويعني إقامة وحدة كلية واحدة من المعطيات ، مما يتطلب الكشف عن العامل المشترك ، فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تتلف ، وتنظم ، ضمن الشخصية برمتها ، في وحدتها التاريخية ، وفي علاقتها الراحنة بالبيئة " . وفي هذا الصدد " يشبه هرويد التحليل النفسي بلعبة الصبر ، التي يكون فيها على الشخص أن يقيم صورة مكتملة ، ابتداء من أجزائها المبعثرة . فليس ثمة غير حل واحد صحيح . وطالما لم يتم التوصل إليه ، فربما استطاع المرء أن يتعرف على أجزائه معزولة ، لكن لا يوجد كل مترابط . فإذا ما تم الوصول إلى الحل الصحيح ، فإن يكون من شك في صحته ، لأن كل جزء يجد مكانه ضمن الكل الشامل . فالحل النهائي يكشف عن وحدة مترابطة ، فيها للتفاصيل ، التي كانت حتى ذلك الحين غير مفهومة ، قد وجدت مكانها . (فينخل) .

التقادم الوقائى :-

فالتأويل الذي تترد إليه كثرة من الوقائع الواردة في الأحلام مثلا ، ينبغي أيضا أن تترد إليه كثرة من الوقائع المعاكسة في المسالك اليومية للشخص ، وضمن إطار الطرح العلاجي .

وهناك معايير أخرى تحكم إقامة التشخيص نلخصها فيمايلي :

- مبدأ وفرة المعلومات : ويعني أن درجة التغيير أو الاحتمال في التشخيص إنما تتوقف على ثراء ودقة المعطيات التي تم جمعها .
- مبدأ الاقتصاد : ويعني أن أكثر التأويلات معقولة ، هو هذا الذي يتيح تفسير أكبر عدد من الوقائع بأقل عدد من الفروض .
- معيار الخصوبة : ومعناه أن التشخيص ليس له قيمة إلا حين يئتي بجديد يستطبق الوقائع .

- معيار الانتظار : بمعنى أن التشخيص لا يعدو أن يكون حكما مؤقتا، ومن ثم يظل النسماني في حالة انفتاح عقلي تتوخى له أن يعدل تشخيصه ، إذا ما بررت أية وقائع جديدة .

ثانيا: المنهج الكلينيكي

يستخدم المنهج الكلينيكي في دراسة حالة فردية بعينها ، وهو يستخدم أساسا لأغراض عملية ، ونسبة من أجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلال التي تحمل الشخص على الذهاب إلى الكلينيكي ، ولكن هذا لا يمنع من وجود هدف علمي فإن دراسة العديد من الحالات الفردية ومقارنتها بعد ذلك يمكن أن تمدنا بمعلومات نظرية لها قيمة عامة ، لقد نشأ المنهج للكلينيكي من الانتكاف ما بين تيارين هما : علم النفس للطبي وعلم النفس التطبيقي للقوامي للنزعة ، ذلك أن الممرض حالة يستحيل استحداثها تجريبيا من حيث المبدأ ، ومن هنا كانت

ضرورة الاتجاه إلى منهج خاص هو المنهج الكلينيكي ، والمنهج الكلينيكي يعني اليوم الدراسة العميقة للحالات الفردية ، بصرف للنظر عن اتساعها إلى للصورة أو المرض .

مبلمات المنهج الكلينيكي :-

" ثمة مصادر ثلاث يستند إليها المنهج الكلينيكي :

أ- تمتد المصلحة الأولى إلى التمسور الدينامي للشخصية ، بمعنى أن ننظر إليها وإلى المصالح التي تصدر عنها على أنها نتاج تفاعل الأجهزة المختلفة ، أو قل نتاج الصراع ما بين القوي المختلفة ، فالدراسة الميكولوجية للشخص ليست في الواقع غير دراسة لصراعاته ، فكل كائن بشري ، بل وكل كائن حي يوجد دائما في مواقف صراع . فليست الحياة غير سلسلة متصلة من الصراعات ومحاولات حلها ، أو قل من ضياع الاتزان ومحاوله إعادة الاتزان . والكائن المتكيف هو الذي يستطيع أن ينهي صراعاته ، بمعنى أنه يزيل توتراته ويشبع حاجاته . أما الكائن غير المتكيف فهو هذا الذي لا يبلغ إلى إشباع التوترات ، فيلتجئ إلى الدفاع ضدها .

ب- وتتحصر المصلحة الثانية في النظر إلى الشخصية كوحدة كلية حالية . فقد كانت الطائفة في البداية تقتصر على مجرد الأعراض الخاصة بالمرض في انعزال عن الشخصية ، وكان هذه الأعراض ، لا تنسب إلى شخص بعينه يعيش في بيئة بعينها . أما المنهج الكلينيكي اليوم ، فليس للأعراض عنده من دلالة ، أو معنى إلا بالرجوع للوحدة الكلية للشخصية في صلتها بالعالم ، ومعنى هذا أن النظرة الكلينيكية لا تقتصر على قطاع ، أو قطاعات سلوكية بعينها ، وإنما تضع في الاعتبار كافة الاستجابات التي تصدر عن الشخص ، من حيث هو "

كانن عياني مشتبك في موقف " ومهمة الكلينيكي ، تتحصر في محاولة تحديد مكان هذا السلوك ، أو هذا العرض ، ضمن وحدة الشخصية ككل ، بمعنى أنها تحدد دلالاته ووظيفته .

ج - أما المعلمة الثالثة فتتصب على الشخصية كوحدة كلية زمنية . فاستجابة الشخصية بلزاء موقف مشكل إنما تتضح في ضوء تاريخ حياة الشخص ، بل واتجاهه بلزاء المستقبل (فالتشخيص يستهدف الإمساك بلحظة من لحظات تطور الكائن البشري) .

ويتميز علم النفس الكلينيكي ، من حيث موضوعه ومنهجه وأهدافه :-

فمن حيث الموضوع:

نجد أن موضوع علم النفس الكلينيكي هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية ، أي دراسة الشخصية في بيئتها " وعلم النفس الكلينيكي يمكن أن يمتد بالدراسة أيضا ، إلى جماعات صغيرة ، فهو يدرس الجماعة من حيث هي حالة فردية " (للاجاش) .

ومن حيث المنهج :

تضطلع الملاحظة بالدور الرئيسي ، في الدراسة الكلينيكية . ولكن علم النفس الكلينيكي ، يميل بصورة متزايدة إلى أن يأخذ بصورة المنهج الكلينيكي المصلح بالمقاييس المقتنة ، حاصراً مع ذلك اهتمامه في الوحدة الكلية لاستجابات كائن بشري عياني برمته فسي اشتباكه بموقف . ومعنى ذلك أنه يتناول الشخص من حيث هو وحدة كلية حالية ، وزمنية في موقف .

أما من حيث الأهداف :-

ف نجد من الزاوية العملية ، أن الشخص كما يتقبل الفحص فلا بد وأن يجد في نفسه ما يدفعه إلى ذلك ، وبالتالي فهو حامل مشكلة . ومن هنا تكون الأهداف العملية هي الاستشارة أو العلاج أو إعادة للتربية . ومن الزاوية العلمية نجد أن الأهداف العملية لا يمكن أن تتحقق الا بالاستناد إلى معارف علمية سابقة . فالتشخيص ، ينحصر في الإمساك بالدلالة الخاصة ، التي نتخذها علاقة للشخص بالبيئة .

التعارض بين علم النفس الكلينيكي وعلم النفس القياسي :-

ويرى " لاجاش " أن فكرتنا عن علم النفس الكلينيكي ، تظل قاصرة ، طالما لم نحدد بعد علاقته بعلم النفس القياسي . فمن حيث المبدأ يتعارض المنهج الكلينيكي ، ومنهج المقاييس فيما يلي :

١- فالكلينيكي يعين الشخص على أن يتكيف مع الموقف ويواجهه كوما يجعل طريقته ملائمة لهذا الشخص ، ويتم البحث الكلينيكي في "مقابلة شخصية " ، أما " الصناتعي النفسي " فيستخدم مع مختلف الأشخاص نفس الاختبارات ، بنفس الطريقة ، معطيا للأشخاص نفس الزمن ، ونفس التعليمات .

٢- والكلينيكي يلاحظ استجابات الشخص في وحدتها الكلية وتفاصيلها وذلك في موقف حيوي وهم في دلالته ، ألا وهو موقف الفحص ، أما " الصناتعي النفسي " فيسجل بطريقة موحدة وسط ظروف من للتحدد ، بحيث يتيح لأي ممارس أن يحصل على نفس النتائج . وأن يؤول أية نتيجة بنفس الطريقة .

٣- والكلينيكي يتخذ اطواره المرجعي من أنماط " كفية " ذات طبيعة مثلي ، بحيث يرد الحالة إلى عدد من العلاقات العامة ، ويمثل ما بين الحالة ، وأحد تلك الأنماط مستوعبا مع ذلك ، على أنق نحو ممكن ، الخصائص الفردية للحالة ، أما الصناعاتي النفسي " فيقدر نتائج عديدة بالرجوع إلى سلم للقياس سبق إعداده على أشخاص ينتمون إلى نفس الجماعة التي ينتمي إليها الشخص المعين

ويري " لاجاش أن هذا التمازص التكنيكي قد انتهى إلى طرائق جد مختلفة في ممارسة علم النفس ، وأدى في النهاية إلى خلق جو من التنافس وعدم الثقة ما بين الصناعيين النفسيين والكلينكيين ، حيث يتهم فريق الصناعيين الفريق الآخر ، بعدم الدقة العلمية وينعني فريق الكلينكيين على الفريق الأول جموده.

ثم يورد لاجاش هنا عبارة تستحق الوقوف عندها قليلا إذ يقول " وكما هو الحال في العالاب ، فإن الطابع الشخصي ، حين يخلب عليه الجدال يعتقد ، ويؤخر حلها (لاجاش) . ولقد أشار " لاجاش " إلى هذا المعنى أكثر من مرة ، فلقد سبق له القول بأن " الاختيار ما بين النزعتين ، يمكن ألا يصدر إلا عن دوافع شخصية .. وأن هذا الاختيار يجيب في المستوى العميق ، على حاجته الوجدانية ، ومحاولاته حل مشكلاته الخاصة . أن ذلك يذكرنا بعبارة موراي " ربما لو كان هنفي الرئيسي هو العمل بالوصى دقة علمية ، لما كنت بارحب المحولات الكهربائية والعارات مطلقا ، لقد تعسرت أهدافي بسبب ذلك الاهتمام الملح بأمور أخرى مثل مشكلات الدوافع والانعاملات ، وكانت محاولة إنجاز ذلك على الإتمان ، تجعل مني عالما نفسيا "أحييا" أو طبيبيا للصحة العقلية ، يطل من للخارج على

علماء النفس الحقيقيين الذين كانت تستحوذ عليهم - كما استخلصت أهداف ملحة لتسليق السلم الاجتماعي للعلماء ، والالتصام إلى تلك الخبرة بأي ثمن . والامدادا غير ذلك ، يمكن أن يفسر وضعهم لوسائل (الأجهزة والاحصاء) بعيدة إلى هذا الحد عن الأهداف (أهمية المشاكل موضع الدراسة) بحيث انه مهما كانت تعاقبة هذه النتائج فإن المجرب ، يعتبر عيب وصاهرا ، طالما ان معاملات الارتباط فيه تكون نائية (موراي Murry).

وقد يتخطى الأمر هنا مجرد إشباع حاجات خاصة بالباحث ، ليس صميم ثقته بذاته . فالمنهج الكلينيكي يعتمد إلى حد بعيد على قدرة الباحث الكلينيكي ، وثقته بذاته ، ومن ثم فهو لابد وأن يكون شخصية استقلالية ، وبالتالي يأخذ على عاتقه مشكلة العلم من حيث هو إعادة بناء للوقائع " في ذهنه وعبر دانيته" وعقب الانتقال من عالم الداتية إلى عالم الحقيقة .

أما التجريبي فشخصيته ، ليس من الضروري أن تقوم على الاستقلالية ، لا ولا على الثقة بالذات - فهو لا يستطيع أن يأخذ على عاتقه هذه المهمة الضخمة ، ومن ثم فهو يلقي بهذه التبعة على الظروف الخارجية ، وكأن العلم لا يمكن أن يكون إلا بعيدا عنه وخارج مجال دانيته ، فإن كان هناك ثقة ، وإن كان هناك يقين علمي فلا بد وأن يوجد خارج داته ، في الشروط الخارجية ، بعيدا عن كل مسئولية له ، فهو ليس بمسئول عن شيء ، منحرفة قد سمع عن ذلك وينسحب الاحتبار ومعاييرها هي التي تؤكد ذلك ، ومعاملات الارتباط والدلالة الاحصائية ، وهي التي تقع عليها كل المسئولية هنا لا تكون الثقة في الذات ، بل في العالم الخارجي ، في الشروط التي يفرضها المنهج

التجريبي ، ولنا أن نتساءل مع هومرل * ولكن ما هو اليقين ، الذي يمكن أن يفوق يقين الذات بذاتها ، وبالعلوم التي تضعها هذه الذات . (هومرل) .

التقاء المنهجين ، الكلينيكي والتجريبي : لاجاش :

ولكن ، وعلى الرغم من كل هذا التعارض ما بين المنهجين ، الكليسيكي والتجريبي ، * فقد تقاربت وجهتا النظر ، واقتصر التعارض بينهما علي التمييز بين ميدانين ، ميدان السلوك بصورة عامة ، وميدان السلوك الإنساني العياني ، وما يلحق بذلك من تعابير طريقتي التناول . ولكننا إذا ما وحاولنا بدلا من الالتحاح علي التعارض ، أن نتقصى العوامل المشتركة في تصور موضوع البحث ، ومنهج التناول ، والنتائج ، وإذا ما توصلنا ، في كل هذه النواحي إلي أن تثبت وجود اتفاق عميق في الرأي ، فأننا نكون بذلك ، قد خطونا خطوة كبرى في الطريق إلي وحده علم النفس . (لاجاش) .

١ - موضوع علم النفس :

إن علم النفس ، سواء بالنسبة إلي علم النفس الكلينيكي أو بالنسبة إلي علم النفس التجريبي هو علم السلوك - وليس ثمة ما يدعو إلي إضافة " التجربة الحية " إلي السلوك . (من Munn) ، وذلك لأن التجربة الحية ترتد أما إلي مسائل ، وأما إلي أشكال ونتائج مستمرة ومنظمة من السلوك - وفيما يتصل بعلم النفس التجريبي فإن وشسناح صلبة بالسلوك لوثيقة إلي حد الذي يعطينا من الالتحاح عليها . ومن الواضح أن علم النفس الكلينيكي يقوم علي ملاحظة السلوك ، ونتائج السلوك ، وحتى الشعور نفسه ، يستحيل فهمه من الناحية البيولوجية

إلا على أنه ملوك أو خاصية من خصائص السلوك . فنحن لا نبلغ إلى " الشعور " إلا من خلال السلوك ، أو عن طريقه .

وهكذا نجد ، فيما يتصل بتصوير الموضوع العام لعلم النفس ، اتفاقاً تاماً بين التجريبيين والكلينكيين . غني عن البيان أن هذا التصور " للسلوك " والذي يسمح بتحقيق هذا الاتفاق ، هو أشمل من التصور " الواطسوني" للسلوك هذا الذي يحدّص إلى مجرد وقائع مادية بحثية . ومثل هذا الخفض الفيزيائي " للسلوك ، يستتبع حفص علم النفس إلى علم الفيزياء ، غير أن السلوك ، هو " اثباتي " لا يمكن خفضه إلى صيغ فيزيائية . ولقد انتهى التطور بطم النفس السلوكي ذاته إلى تصور جديد للسلوك ، تصور لا ينطوي على الخفض إلى الفيزياء أو الفسيولوجيا تصور كلي ، أي ينظر إلى السلوك كوحدة كلية هيدة . وهكذا يلتقي المنهجان في الموضوع .

٢- من حيث طريقة تناول السلوك وتأويله:-

إن الاختلاف المنهجي بين التجريبية والكلينكية ، يتبدى في الحقيقة ، ليس فحسب في طريقة تناول الوقائع ، وإنما أيضاً في طريقة تأويلها . وهذا الاختلاف في الواقع ليس جذرياً إلى الدرجة التي يبدو عليها ، فالنتيجة المستهفة هي في الحالتين ، إجلال السلوك مكانة من العوامل الشارطة له . وتبلغ التجريبية إلى ذلك عن طريق ضبط العوامل المختلفة والمتغير المستقل . أما الكلينكية فتبلغ إلى ذلك عن طريق بحث أمين ومكتمل إلى أقصى حد ممكن .

ومن ناحية أخرى ، هناك تعارض آخر في طريقة تناول كل من المنهجين للسلوك ، فالمنهج التجريبي يقوم على " التفسير العلمي " أما المنهج الكلينكي فيقوم على (التأويل الفهمي) .

أ- التفسير العلمي :

يعمل علي تأويل ظواهر الطبيعة بأن يطبق عليها نظريات وقوليين يتم للتوصل إليها بالاستقراء للمعجم ، وهي نماذج اصطلاحية للواقع ، لا تتطلب منها أن تعطينا حسا أمينا عن " الطبيعة " وإنما مجرد صياغة مريحة وخصية يسمح بالتحقيق والدقة .

ب أما الفهم فانه يعمل علي تطبيق " علاقات مثالية فهمية " علي الوقائع السيكولوجية ، وهي علاقات تنشأ بطريقة حدسية أثناء التجربة الحية ، فتتيح الوصول إلي دلالة محايدة للواقع الحي ، هي ما نعتبر عنه بنمط العلاقة المثالية ، هذه العلاقات العالمة حقيقية ، وإن كانت غير واقعية ، أي مثالية تتجسد في تشكيلات متباينة فالعلاقات المثالية للفهم " هي ضرب من صياغة للواقع في صورة هيكلية " .

وعليه ، فالفهم السيكولوجي ينطوي علي تصور واقعي النزعة للمعقولة السيكولوجية ، في حين أن التفسير العلمي يستند إلي تأويل مثالي النزعة للفيزياء .

لكن التفسير العلمي مع تقدم العلم ، يقترب من صور هيكلية وصفية للواقع الفيزيائي ، تسمح بفهم " صدور ما هو فيزيائي عما هو غير فيزيائي " .

ومن الناحية الأخرى نجد في علم النفس ، علاقات عامة من ضرر لمؤثرات انضيقية ، بمعنى أنه قد تم الوصول إليها عن طريق الاستقراء للمعجم . بينما بعض العلاقات الأخرى في علم النفس ، يمكن ترجمتها إلي دلالات محايدة للسلوك ، بمعنى أنها تسمح

بالإمساك " بكيفية صدور ما هو نفسي عما هو غير نفسي " ، كما هو الحال مثلا في قانون الأثر " .

أما عوامل النكاح وعوامل الشخصية مثلا فلا يمكن ترجمتها إلي فهم . وعليه فإنه في علوم الطبيعة كما في علوم الإنسان ، وخاصة في علم النفس ، يمكن أن نميز ما بين معطين من العلاقات العامة :

- أ- علاقات مجردة تسمح باستيعاب ولا تسمح بالفهم .
 - ب- علاقات أكثر عينية تسمح لنا بفهم تسلسل الظواهر وتبين العلاقات المحيطة للظواهر التي تتم ملاحظتها .
- وكذلك فإن محاولة التجريبيين " تعميم العادة " ، إذ تتمسح على مواقف جديدة ، تتأخر " العقدة " والطرح " في التحليل النفسي . وينتهي " لاجش " إلي أن التمايز ما بين المنهج التجريبي والمنهج الكينيكي ، ليس غير تعبير عن محاولة التلازم من جانب النفسانيين بإزاء موضوعات مختلفة ، هي للممالك الجزئية في حالة ، والممالك الكلية في الحالة الأخرى . وإن أقل ما يمكن أن يقال ، هو أن المنهجين يكمل أحدهما الآخر ، على نحو يحقق البحث المكتمل الملائم ، لحقل علم النفس .

ومادام الأمر كذلك ، أفليس من الحكمة أن نفكر فيما يمكن أن يقدمه الكينيكي والتجريبي من عون كل منهما للأخر بدلا من الإصرار على التمايز وعدم الثقة .

الكينيكية يمكن أن تفيد من التجريبية :-

- ١- في إيضاح وصقل تصورات كينيكية الأصل ، بالتحريب على الفروض التي انتهت إليها للكينيكية عبر أبحاثها الخاصة وكف الميول المحارمية مثلا ، يمكن أن ينتهي إلي كف كل ميل جنسي ،

وعلى العكس من ذلك ، فإن التعلم الذي يتحقق خلال علاج التحليل النفسي ، يتيح التمييز بين المواقف التي يباح فيها إرضاء الميول الجنسية والمواقف التي يحرم فيها هذا الإرضاء . وكذلك التجريب على النكوص والعدوان كاستجابة للإحباط.

٢- في استخلاص قوانين يمكن تطبيقها في تفسير السلوك البشري العياني :-

أ- النموذج الحيواني للتطبيع الاجتماعي يسمح بتبيين السمات الأساسية لعملية التطبيع عند الإنسان وإن كانت هناك خصائص متميزة للأخيرة .

ب- كذلك الدراسة التجريبية للصراع عند الحيوان - منحي التجنب والاقتراب - ونقطة تقاطعها تشير إلى اللحظة التي يصبح فيها السلوك صراعيا).

هذا إلى أن الميل للتجنب يتزايد بأسرع ما يتزايد الميل إلى الاقتراب .

وهكذا نستطيع أن نخلص إلى القول ، بأن الإعداد التجريبي للباحث ، وبأن المعارف التجريبية ، لا غنى عنهما للكينيكي .

وكذلك التجريبية تحتاج إلى الكينيمية وتفيد منها :

١- لاستحالة التجريب عيانيا ، أي بدون أن نعرف عطي أي شيء منجرب ، فالطريقة التجريبية تتضمن صياغة فروض العمل . ومن أهم ما تصطلع به الكينيمية ، الاستطلاع والتقيب في مجالات البحث المختلفة ، وصياغة الفروض التي ستخضع للضبط التجريبي .

٢- أن التجريب ينصب على قطاعات محددة من السلوك ، ومن هنا يكون على الكلينيكية أن تضطلع بإقامة للوحدة الكلية للسلوك للبشري .

٣- أن نظرية عامة في السلوك يستحيل عليها أن تستغني عن المعارف الكلينيكية الخاصة بالمسالك غير المنكوفة .

تعاون المنهجين:

وهكذا نستطيع النزعتان التجريبية والكلينيكية ، ليس فحسب أن نلتقيا ، وإنما أن تتبادلا العون أيضا . وفي مجال المقاييس والاختبارات يتبدى ذلك التعاون واضحا فيما يلي : (لاجاش)

١- أن المقاييس لم تهتق جاهرة من مخ عبقرى لصناعتي نفسي . بل أنها النتيجة التي ينتهي عليها . ويتبلور عندها جهد مضن ، ليس فحسب من القياس والإحصاء ، وإنما أيضا من الاستطلاع والمحاولة ، وباختصار من الملاحظة الكلينيكية . ففكرة الاختبار تكون من أصل كلينيكي ، كما نركز دلالة النتيجة العددية أيضا على الارتباطات ما بين طرائق الاستجابة للمقياس ، ومعطيات كلينيكية بمعنى الكلمة .

٢- أن الكلينيكي أن يخسر شيئا ، إن هو حل فروضه عن طريق المقاييس ، أو إن هو استخدم المقاييس ليستثير مادة كلينيكية متحجرة . فالمقياس بالنسبة إلى الكلينيكي ليس فحسب أداة قياس وتحقق ، وإنما هو أيضا منشط للاستجابات وكاشف .

٣- رغلبا ما يحدث ، حين يتعثر " الشبك " أن يهين " المقياس فضلا عما تقدم ، ميزة كلينيكية بمعنى الكلمة ، ألا وهي إتاحة مادة " شبك " بين السيكلوجي والشخص .

٤- أن السيكولوجي للفطن يفصل (التخصص) الموجه علي " للتخطيط " الصبر المهدر الطاقة . تسمح له تجربته ، ليس فحسب القياسية وحدها بل والكينيكية أيضا ، أن يضع أنسب التعليمات لهذا الاعتبار أو ذلك ، وأنه بمستوي أن نقول إن كل ممارس سيكولوجي ، ينبغي أن يكون كينيكيا أو يكون باحثا ، وليس مجرد إنسان ميكانيكي .

٥- أن الاستخدام الكينيكى - التجريبي للمقاييس المقننة - هو وسيلة مستخدمة منذ زمن طويل . ويستهدف " الاستخدام القياسي " للمقاييس نتيجة موضوعية قابلة للقياس ، هي نتائج السلوك ، ولكي المقاييس يمكنه أيضا أن يستخدم كمواقف تجريبي ، وحينئذ تسجل الملاحظة الكينيكية ، الوحدة الكلية للاستجابات ، الخارجية والفيولوجية والشعورية التجريبية المحددة له ، ولمسألكه الخاصة ، ومقاييس الأداء هي أكثر من المقاييس اللفظية صلاحية لمثل هذا الاستخدام الكينيكى - التجريبي تحقيقا لأهداف تتصل بعلم النفس الفردي .

٦- إلى جانب هذا الاستخدام الكينيكى - التجريبي للمقاييس المقننة ، هناك مقاييس يمكن تسميتها " كينيكية " حقا ، أن ضبط المواقف ، وقياس النتائج غير مغفلين فيها ، وهي من هذه الناحية ، لا تزال بعد مقاييس ولكن الاجابات هي من السعة والتعقد ، إلى درجة أنه ، حتى حين يكون التسجيل الكامل ممكنا من الناحية النظرية ، وحتى حين يكون التفرع والتطوير الإحصائيين جد معنيين ، فإن ملاحظة وتناول السلوك والنتائج ينتميان إلى النظرة الكليبيكية ، وإلى تصور دينامي للسلوك ، وأشهر نمط لهذه الاختبارات هو

اختبار "الرورشاخ" ولقد كتب "رورشاخ" نفسه أن تأويل النتائج هو عمل جد مختلف عن مجرد فكيفيك ميكانيكي يستطيعه صبي في المعمل ، وكذلك الحال بالنسبة إلى اختبار تفهم الموضوع فإن تأويل النتائج ، أكثر مما عليه الحال في الرورشاخ ، يستند لا إلى سلم قياسي ، ولكن إلى التحليل النفسي ، والفهم الدينامي للسلوك.

٧- أن الاختبار ، قياسيا كان أم كلينيكيا ، لا يقدم لنا إلا معطيات جزئية ، ويقع على عاتق النظرة الكليينكية أن تضطلع بتحديد مكان هذه المعطيات من الكل ويستخلص ما "للأداء" من دلالة ، تماما كما اضطلعت هذه النزعة ، بتحديد التعليمات الخاصة بالاختبار .

وفي الجملة ، سواء تعلق الأمر بالبحث أو بالتطبيق ، فإن القياس النفسي الخالص ، يكون من القيم إلى درجة تزيد عما يكون عليه علم النفس الكليينكي الخالص من "عدم التصلح" فكل بحث وكل تطبيق سيكولوجي عوائي يستعين بالنظرة الكليينكية وبالمنهج الكليينكي . ومن ناحية أخرى ، فإن علم النفس الكليينكي يزيد من فاعليته حين "يتصلح" بالمقاييس . وعلى هذا النحو فقط يستطيع الكليينكي وأخصائي القياس أن يلتقيا وأن يتعاونوا .

التنبؤ في الطريقة الكليينكية:-

من الواضح أنه يصعب فصل التنبؤ عن كل من التشخيص والعلاج ، ويهدف التنبؤ إلى تقدير احتمالات تطور المرض أو المشكلة ومدى الاستجابة لعلاج معين .

هذا وأهم العوامل التي يفيد فحصها في عملية التنبؤ عن تطور المرض وتقرير نوع العلاج ، بالإضافة إلى الاختبارات السيكولوجية ، تتمثل فيما يلي :

١- الحالة الجسمية:-

قد تكون الحالة الجسمية عاملاً في تقرير الحدود التي يمكن أن تصل إليها المحاولات العلاجية ، ولذلك فإن إجراء فحص طبي قد يكون ضرورياً لتقرير إمكان وجود أي اضطراب عضوي ومدى نوع تأثيره على المريض ، وحتى في الحالات التي لا تؤثر فيها العوامل العصبية تأثيراً مباشراً في الحالة العقلية ، فإن سوء الحالة الجسمية أو إزمانها قد تشكل عائقاً خطيراً في تقدم العلاج النفسي .

٢- بيئة المريض :-

قد تكون التعديلات الممكنة إحداثها في بيئة المريض من العوامل الهامة التي تحد من تأثير العلاج ، وذلك إذا اضطرب المريض للمعيشة في بيئة لا يشعر فيها بالأمن ، أو إذا لم يكن هناك فريق لتحسين العلاقات العائلية أو الزواج غير الموفق أو تذليل الصعوبات المالية ، أو تعذر العثور على عمل مناسب أو تحسين علاقات العمل . وبينما قد يكون من الممكن إحداث بعض التغيير في أولئك الذين يتعوس على العمل العيش معهم ، إلا أن إحداث التغيير في البيئة كلها يكون عادةً أمراً متعزراً ، وفي هذه الحالات تكون الدلالة التنبؤية سيئة وبخاصة إذا كان لهذه المتغيرات التنبؤية دورها في نشأة وتطور المرض أو المشكلة وقد يتطلب الأمر أحياناً تغيير المريض إذا سمحت الظروف بذلك ، وإذا قدر أن يكون لمثل هذا الإجراء تأثير علاجي طيب.

٣- عمر المريض:

وله أهميته في تقدير إمكانيات العلاج ، وقد وجد في العلاج عن طريق التحليل النفسي الكلاسيكي ، أن للمرضى بعد أو آخر الأربعين لا يستجيبون استجابة طيبة للعلاج ، وذلك لأن الطريقة تتطلب الرجوع

إلى الماضي البعيد ، و على ذلك يتسع مدي ما يتعين فحصه من مادة سيكولوجية .

وفي كل طرق العلاج ، يتطلب الأمر تغييرا وتعلما جديدين ، وحيث أن الشباب وصغار الراشدين يسهل عليهم إحداث التغيير وتعلم الجديد ، فإن صغر السن من العوامل التي تحسن التنبؤ ، ولا يعني ذلك أن كبار السن من الناس الذين يتخذ علاجهم ، ولكنه يعني فقط أن التنبؤ يكون أحسن لمن هم أصغر سنا حيث أنهم أكثر قابلية للتغيير، هذا إذا تساوت الظروف بالطبع ، والأطفال الصغار يتأثرون تأثيرا كبيرا ببيئةهم القريبة وبخاصة البيئة العائلية ، ومن ثم ، فإنه في كثير من الأحيان يتعين علاج الطفل والبيئة في وقت واحد ، وقد يتضمن ذلك علاج الوالدين أو نقل الطفل إلى بيئة أنسب له .

٤- الذكاء والتعليم :

يجب أن ندخل في اعتبارنا ذكاء المريض وتعليمه في تقييمنا لقابليته للعلاج ، ولا يعني ذلك أنه كلما ارتفع الذكاء والمستوي التعليمي ، تحسن التنبؤ ، إلا أنه بالنظر إلى أن الكثير من العلاج يتضمن استخدام اللغة ، فإن حدا أدنى من القدرة على استعمال اللغة والاستجابة لها يكون ضروريا ، ومن ناحية أخرى ، فإن الأشخاص من محدودى الذكاء قد يمكن مساعدتهم في العلاج عن طريق إظهار العطف والطمأنينة.

ويمكن القول بعمامة ، أنه بقدر ما يكون لدى المريض من أسباب الحياة وبواعيها ، بقدر ما يكون للتنبؤ جيدا ، فالصحة الجسمية والقوة والجمال والذكاء والتعليم والاستعدادات الخاصة والمركز الاجتماعي والثروة والمهنة والعلاقات الجيدة ، كل هذه على العموم من شأنها تيسير

الاستجابة للعلاج . إلا أن هذه العوامل رغم ذلك ، يجب أن نقيم من حيث معناها في نظر المريض ، وهذا المعنى الشخصي هو المهم ، وفي كل حالة ، تتفاوت هذه العوامل في معناها وفي أهميتها بتفاوت حاجات المريض وظروفه .

٥- القابلية للمواجهة :

وهي تتضمن دراسة الطرق التي يجابه المريض بها المواقف الجديدة في الحياة ، ويمكن استقراء درجة هذه القابلية من استقراء تاريخ حياته ، وبخاصة استجابته لموقف مثل الفطام والخبرات المدرسية الأولى والبلوغ والانتقال من خبرة جديدة وخبرات العمل الأولى والوحيات في العائلة والخبرات الجنسية والزواج اللغ ، وعن طريق هذه الدراسة يمكن تقييم قدرة الأنا على التكامل .

٦- ظروف الاضطراب:

إذا تركز الصراع الذي يواجهه الفرد في مجال واحد ، فإن فرصته للاستفادة من العلاج تكون أحسن من الفرصة المتاحة لغيره ، كما أنه من المهم معرفة الظروف التي نشأ فيها الاضطراب ومدها ودرجة التكيف الناجح في أوقات الصحة ، فمثلاً إذا كانت ظروف الشخص مناسبة ، وكان تكيفه رغم ذلك ضعيفاً ، فإن التنبؤ أن يكون مشجعاً ، وكذلك فإن المريض الذي يبدأ اضطرابه في مرحلة مبكرة ، ويلزمه هذا الاضطراب بصورة مستمرة ، يغلب أن تكون لديه عادات وأساليب استجابة يصعب تغييرها ، كما يعصب تعليم المريض نفسه أساليب جديدة ، ويشير استمرار الاضطراب إلى أن دوافعه قوية ، وهذه علاقات تنبؤية سيئة .

٧- قوة التنبؤ إلى طلب العلاج:

يكون التنبؤ أحسن في حالة المريض الذي يتوفر لديه دافع قوي لتحسين حالته ، فينشد العلاج بنفسه بدلا من أن يدفع إلى ذلك دفعا ، وبالمثل فإن الاستعداد والعزم على التضحية للحصول على العلاج ، يكون للتنبؤ به وطيب.

٨- تأثير الأعراض:

وهو تأثير يمتد إلى كل من الدافع لدى المريض إلى العلاج إلى فرص النجاح أمام المعالج ، فمثلا إذا تلقى المريض بالشك الهمميري تعويضا ماليا عن مرضه ، فقد يقل عنده الدافع للعلاج .

وهذه العوامل السابقة والتي يمكن أن نعرف الكثير عنها من بيانات دراسة الحالة ونتائج الفحوص الطبية ، يتعين النظر إليها في تفاعلها معا وفي ضوء نتائج الفحوص السيكولوجية .

ولتوضيح ذلك نذكر حالة طفل فصامي ، يتعين دراسة بيئة الطفل بعناية لتقرير ما إذا كانت مصلحة تتطلب بقاءه في المنزل مع عائلته أم تتطلب إيداعه في مكان آخر مثل مستشفى تخصصي للأطفال ، أو لدى عائلة بدولة مع تلقي العلاج الخارجي المناسب من معالج مؤهل للعمل مع الأطفال المرضى ، كما أنه من الضروري توجيه الوالدين أو الوالدين البديلين حتي يمكنهما التعاون في تنفيذ الخطة العلاجية ويختلف نوع العلاج وتواتر الزيارات للمريض إلى غير ذلك من عوامل في حالة الطفل الذهاني عن الطفل غير الذهاني - ولذلك فإن موضوع التشخيص الفارق يكتسب أهمية فائقة في الحالات للذهانية ، وبخاصة في الحالات الغامضة وهي الحالات التي يمكن أن يسهم فيها اختبار الرورشاخ (إحدى الاختبارات التشخيصية للشخصية) في الكشف عن دينامياتها

وتحديد ما إذا كانت هناك دلائل عن وجود عمليات مصاحبة أو عدم وجودها ليس بقصد تصنيف الطفل إلى فصامي أو غير فصامي - ولكن بقصد تحديد نقاط القوة والضعف في بيان وظائف شخصيته وبقصد تقويم التقدم العلاجي وتقرير موعد انتهائه .

والخلاصة :

تمثل مشكلة التنبؤ ميدانا يرداد فيه الاعتماد على جهود الأخصائي النفسي الإكلينيكي ، وهو في هذا المجال يعتمد على حسبه الإكلينيكي المدرب ، وعلى تقييمه لقوة الأنسا ، وعلى عدد من المؤثرات التي تعينه في إطار النظرية التي يهتدي بها في تحديده المصفحة النفسية التي يتنبأ بأن صاحبها قابل لعلاج نفسي من نوع معين ، فمثلا قد يصبح بعدم وجود العلاج التحليلي في الحالات التي تبرز في استجابتها للأساليب الإسقاطية للعمليات الأولية أو الأنواع البدائية من التفكير ، وعلى العكس فإن غالبية الإكلينيكيين يعتبرون أن الكبت الشديد ، كما يتمثل في نتائج الاختبارات ، يشير إلى أنواع العلاج التي تستخدم فيها الأساليب الكاشفة .

وكذلك فإن الكثير من الاضطرابات الذهانية يصعب علاجه على أساس إمكانياتنا الحالية ، والمصابون باضطرابات الخلق التي تنسم بميكانيزمات التنفيل (التعميس عن للنزعات الاعتدائية بالتنفود) . والتدبير والإسقاط يسهل فهم حالاتهم ، ولكن يعصب تكوين علاقات علاجية معهم ، أما حالات القلق العصبي فإنها تستجيب غالبا للعلاج ولكي يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يقوم بدوره في التشخيص والتنبؤ بفعالية ، فإنه يتعين أن يكون واعيا بديناميات شخصيته واحتمالات انعكاساتها في تطبيقه للطريقة الإكلينيكية ، ومن

المفيد أن يكون قد خضع لتحليل شخصي أو نوع من كف البصر بالذات.

الفصل الثالث

أهم الطرق والأدوات التي يستخدمها الإكلينيكي في الدراسة والتشخيص

- دراسة الحالة .
- الملاحظة.
- المقابلة الإكلينيكية .
- الأعلام وميكانيزمتها .
- الهفوات والأفعال العارضة .
- المقاييس والاختبارات النفسية.

مقدمة :

يعتمد التشخيص النفسي علي استخدام ملاحظة المريض ومقابلاته وتطبيق الاختبارات النفسية المتعددة ، ويتضمن تقويم السلوك العام ، والقدرات ، وتنظيم الشخصية ، فهي الغالب ما يقدم وصف مختصر لسلوك المريض مشيراً إلى وجهاته وعاطفته وما يشعر به من هلاوس وهذيانات ، والسمات الشخصية العامة ، وذلك عند دخول المريض المستشفى العقلي ، وبعد ذلك تتم الملاحظات للمفصلة على نشاط المريض في العسر ، ومن خلال جلسات المقابلة الدورية ، ولتسهيل الحصول علي هذه الملاحظات تصمم مقاييس للتقدير بما يساعد الباحث على توضيح ما إذا كانت السمة موجودة أو غير موجودة ، وعلي درجة وجودها أو سيطرتها .

ويمكن الإشارة إلى أهم أدوات الكليينكي على النحو التالي :

- دراسة الحالة .
- المقابلة الكليينكية.
- الملاحظة.
- الأحلام وميكانيزماتها.
- الهفوات والأفعال العرضية .
- المقاييس والاختبارات النفسية .

أولاً: طريقة دراسة الحالة

إن طريقة دراسة الحالة هي الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي وهي أساساً استطلاعية في منهجها ، وتزكّر علي الفرد بهدف التوصل إلي الفروض.

وتعتبر دراسة الحالة للوعاء الذي يطم ويقوم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والاختبارات السيكولوجية

وتدور دراسة الحالة حول الكائن الإنساني في نفسه وهي الطريقة المفضلة لدي الإكلينيكي .

والمادة التاريخية هي مصدر هام جداً لجمع المعلومات عن المريض ، ويجب أن تتضمن هذه المادة كل ما يمكن جمعه عن المريض من معلومات ، ويجب التفرقة بين تاريخ الحالة ودراسة الحالة.

وقد أوضح زهران الفرق بينهما أن دراسة الحالة تعتبر بمثابة قطاع مستعرض لحياة الفرد ، أي أنها دراسة استعراضية لحياة العميل تركز علي حاضر الحالة ووضعها الراهن .

بينما تاريخ الحالة يعتبر بمثابة قطاع طولي لحياة العميل يقتصر علي الماضي ويختص فقط بأمضى الحالة ، (وإن لم يحد الحال من نظرة علي الحاضر وتفتح إلي المستقبل وذلك من باب ربط الأحداث أو الخبرات) أنها دراسة تتبعية لحياة العميل.

وبلغة أخرى فإن الفرق بينهما يتمثل في أن دراسة الحالة : وتعني المعلومات التي نجمتها في الحاضر عن المريض بما فيها المقابلات الإكلينيكية ونتائج الاختبارات .

تاريخ الحالة : وتعني كافة المعلومات التي جمعها عن المريض ، وتاريخ المرض الحالي أو الأمراض التي تشكل التاريخ الطبي للمريض . وهو مستق من الطب النفسي والعقلي ، ودخول الأحصائي النفسي إلى العيادة اتسع مصطلح تاريخ الحالة فأصبح يشمل التاريخ الطبي والتاريخ الاجتماعي للشخص ، مدعين الوثائق الشخصية وبيانات الاختبارات السيكولوجية ونتائج المقابلة العيادية موضوع دراسة اجتماعات فريق العيادة ، وهكذا فإن مصطلح دراسة الحالة يستخدم للإشارة إلى عمليات جمع البيانات وإلى البيانات نفسها وإلى استخدامها كإدبيكيا.

وبالرغم من أن طريقة دراسة الحالة تستخدم اليوم في ميادين متعددة ومتنوعة مثل دراسة النمو في علم النفس الارتقائي ، ودراسة التغير الاجتماعي ، ودراسة الجريمة والانتحار والابتكارية والاستجابة للكوارث ، والمواقف غير المألوفة ، إلا أن الاهتمام الرئيسي للأخصائي النفسي الإكلينيكي ينصب أساسا على استخدام الطريقة في فهم المسببية في المرض النفسي والعقلي .

وتاريخ الحالة هو قصة شخص واحد ، قد نصل منها إلى انطباعات أو عروض أو نقط بداية لمواصلة البحث ولكن يصعب التعميم منها أو التحقق من صحتها تجريبيا .

ويدعو دولارد إلى الأحد بدراسة الحالة بوصفها مهجا علمياً ، وذلك في ضوء مبيعة محكاتها هي :

- النظر إلى الفرد بوصفه عينة حضارة معينة .
- فهم دوافع الشخص في ضوء مطالب المجتمع .
- تقدير الدور الهام للعائلة في نقل هذه الحضارة .
- إظهار الطرق التي تتطور بها الخصائص البيولوجية للفرد إلى سنون اجتماعي والتفاعل مع الصعوبات الاجتماعية .
- النظر إلى سنونك أتراسد في ضوء استمرار حرره من الطفولة إلى الرشد .
- النظر إلى المواقف الاجتماعية المباشرة بوصفها عاملاً في السلوك الحاضر وتحديد أثرها على وجه الخصوص .
- إدراك تاريخ الحياة من جانب الإكلينيكي بوصفه تنظيمًا مصاداً لسلسلة من الحقائق غير المرتبطة .

هدف دراسة الحالة: يستهدف دراسة الحالة إلى الوصول إلى فهم أفضل للعميل وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعته وأسبابها واتخاذ التوصيات الإرشادية والتخطيط للخدمات الإرشادية اللازمة ، والهدف الرئيسي لدراسة الحالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها (وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها كينيكيًا) أي وضع وزن كينيكي لكل منها ، فمثلاً قد يكون هناك معومة اوحبرة لها وزن كينيكي أثقل من الوزن الكينيكي لعشرات معلومات الأخرى (زهران)

مصادر معلومات في دراسة الحالة

١ - الملاحظة الكينيكية للعميل خلال المفايلة والفحص الميكولوجي

وملاحظات الآخرين الذين يعرفون العميل

٢-البيانات الكمية والكيفية المتمثلة في نتائج الفحوص الطبية والمعملية والاختبارات السيكولوجية .

٣-البيانات التاريخية المستمدة من السجلات والوثائق والمقابلات وتشمل : التاريخ العائلي والشخصي والاجتماعي والمهني والتعليمي ، وهي البيانات التي تلقى صوعاً علي نشأة مشكلات العمل وأصولها .

والمرضى واحد من مصادر المعلومات في دراسة الحالة ، فيطلب منه أن يكتب تاريخ حياته بنفسه ، أو يكتب ما يعن له عن نفسه في حرية دون قيد ، وكذلك يدرس ما قد يكون له من إنتاج أدبي أو فني ومذكرات ورسائل ، وقد يستطيع المريض أحياناً أن يقدم معلومات يوثق بها عن جوانب في تاريخ حياته .

والميزة الأساسية لاستخدام الوثائق في العمل الإكلينيكي هي أنها تيسر لنا أن نرى الناس كما يرون أنفسهم ، ولكن من الضروري للتأكد من أن قادة الوثيقة تتحدد بشخصية الكاتب وحده ، وفي هذه الحالة يمكن أن تكشف الوثيقة في مجال الخبرات الداخلية ، ما تكشف عنه أساليب الملاحظة في مجال السلوك الظاهر أي أنها تكشف للباحث عن الحياة كما يعيشها الشخص دون تدخل من الباحث ، ألا أن المريض نظراً لمرضه ، لا يكون واعياً بدلالة جوانب أخرى من تاريخ الحالة ، وقد تكتب بعض الذكريات لما ترتبط به من شحنات انفعالية قوية ، وقد تحرف بعض المعلومات عن عمد في بعض الحالات ، ويمكن ملاحظة وتسجيل الكثير من أفعال المريض وأقواله وما يصدر عنه من سلوكه خلال اللعب أو مواقف الاختبار وغير ذلك من المواقف .

وقد نحصل على الكثير من المعلومات عن المريض من مصادر أخرى مثل أفراد عائلته وأصدقائه ومدرسيه ورؤسائه أو زملائه وأطبائه المعالجين ، ومن السجلات المدرسية والطبية وسجلات جهات العمل والمحاكم والهيئات والأندية ومذكرات الأم عن طفلها ، ومعظم هذه المعلومات يغلب أن يكون الأحصائي الاجتماعي هو المسئول عن جمعها بمختلف الوسائل ، وليس من المستبعد أن يحرف الأبناء والأمهات المعلومات عن المريض ، ولذلك فإنه من المفيد دائماً المقارنة بين المعلومات التي نحصل عليها من مصادر مختلفة وفي كل الحالات ، فإنه يتعين علي القائم بدراسة الحالة أن يحدد ما إذا كانت المعلومات حقائق ثابتة لا يرقى إليها الشك ، أم احتمالات يوجد ما يرححها ، أم معكبات لا تتوفر الدليل عليها ، ولكس للصيغة الكلية للحالة لا تنفي إمكانية صحتها .

ويختلف الرأي حول مدى الحاجة إلى الالتزام بإطار أو مخطط محدد في دراسة الحالة ، فمن ناحية يرى البعض أن الالتزام بمخطط محدد قد يقيد حرية دارس الحالة المعنية فيلتزم بجمع بيانات ليست لها دلالة ، بينما يفوته جمع البيانات ذات الدلالة ، ويرى البعض الآخر أنه من المفيد الالتزام بخطة موحدة مع ترك الحرية للباحث في الإضافة ، أو في الحذف ، إلا أن هناك حداً أدنى من المعلومات يتعين توفرها في كل الحالات .

وفي كل الحالات فإن التصب أو الإكليبسي المبتدئ يحسن صنعا إذا بدأ باستخدام إطار معين متفق عليه مع احتفاظه بالطابع الدينامي لدراسة الحالة ، كما أنه يتعين عليه التثبت من الخبرات الماضية بدلا من اقتصارها ، وكذلك يتعين عليه التعرف بين البيانات والتفسير فهي

إطار نظري معين ، فلا يحرف البيانات كي تتفق مع الإطار النظري الذي يهتدي بهديه.

والإكليبكي المتمرس يدرك أن كل ما يجمع من بيانات عن الحالة ليس أكثر من مادة خام عقيمة للتشخيص لا تكتسب أي معنى إلا عن طريق الربط والتكامل بينها بصورة منظمة في إطار كلي أو في نظام متكامل لا تناقض فيه ، إذ أنه بدون هذا الإطار النظري ، فإن الإكليبكي لن يكون أكثر من فني أو حرفي .

نموذج لدراسة الحالة :

أولاً: البيانات المميزة للحالة.

ثانياً: الخلفية التاريخية:

أ- بيئة العمل . ب- النمط العائلي .

ج- التاريخ الشخصي . د- التاريخ التعليمي .

ز- التاريخ المهني . و- التاريخ الجنسي والزواجي .

ز- التاريخ الطبي . ح- الاهتمامات والعادات الأخرى .

ثالثاً: نشأة وتطور المرض .

رابعاً: المظهر الحالي والملوك العام .

خامساً: القدرة على التركيز .

سادساً: محتوى التفكير .

سابعاً: الحالة الانفعالية .

ثامناً: الوظائف الحسية والقدرات العقلية .

تاسعاً: الاختبارات السيكولوجية التشخيصية .

عاشراً: الفحوصات الطبية والمعملية . (لويس مليكة) .

ثانياً: الملاحظة العلمية

تعني الملاحظة العلمية المراقبة المقصودة لرصد ما يحدث وتسجيله كما هو . ويمول بعض المحدثين من العلماء إلى أن يمتد بمعنى الملاحظة حتى تشمل علي الطرق المستخدمة في استنارة أنواع من السلوك الذي يهم الباحث معرفته ودراسته . لكن هذه الاستنارة تعد خروجاً علي المواقف الطبيعية المراد دراستها ، لأنها لفتعال للأحداث وتدخل في مجري الحياة الطبيعية . وقد يكون لتدخل الباحث بهذه الصورة أثر في اختفاء بعض الظواهر ، وظهور ظواهر أخرى تبعد الموقف كله عن الموضوعية المطلوبة لنقاء الظاهرة وخلوها من الشوائب والتحيز .

و لا تعتمد الملاحظة العلمية علي طريقة واحدة ، بل تعتمد علي طرق متعددة ، وتختلف هذه الطرق تبعاً لاختلاف موضوع الملاحظة فرداً كان أم جماعة أم ظاهرة ، وتبعاً لاختلاف تسجيل الملاحظات والأدوات المستخدمة وهدف الملاحظة .

وتحدد كل طريقة من طرق الملاحظة العمليات والإجراءات التي يقوم بها الملاحظ في مراقبته للظواهر المختلفة ، للحصول علي بيانات أكثر شمولاً ودقة من مجرد الملاحظة العابرة ، أو ما يمكن أن يسمى ملاحظة الصدفة .

وتشتمل هذه العمليات وتلك الإجراءات علي المعينات التي يستخدمها الباحث في تدقيق ملاحظته ، مثل الخرائط وقوائم الشطب ، والقوائم التفصيلية لأنواع السلوك المتوقع ، والدوائر التلفزيونية للحصول علي بيانات صحيحة . ولذا تتطلب الملاحظة العلمية تدريب الباحثين علي تلك العمليات ، والإجراءات ، وطرق استخدام

المعينات ، حتى تتم الملاحظة بطريقة ميسورة سهلة موضوعية دقيقة .
هذا وتعتبر المقابلات الشخصية والاستقصاءات والوثائق ، الأدوات
الوحيدة التي يمكن استخدامها للحصول على بيانات تتعلق ببعض
الحوادث والوقائع . وهذا صحيح بصعوبة خاصة حينما نحتاج معلومات
عن حياة المفحوصين الشخصية ، وأنشطة الجماعة المحجوبة عن غير
أعضائها ، وكذلك الأحداث الماضية (علي أنه حينما تكون الملاحظة
المباشرة ممكنة ، يفضل استخدامها علي غيرها من الأدوات . ولا
يمكن للباحث أن يلاحظ بطريقة عرضية أو ارتجالية ، وإنما لابد أن
يعرف بالتحديد ما الذي يركز انتباهه عليه ، وكيف يسجل ما يراه وما
يسمعه وما يحسه بدقة تامة . وقد ابتكرت أدوات متعددة ، لتساعد
الباحث في إجراء ملاحظات أكثر موضوعية وثباتاً.

هدف الملاحظة :

إن المهارة في الملاحظة الإكلينيكية ليست أساسية في العمل
التشخيصي فقط ، ولكنها أساسية أيضاً في ترشيد العلاج سواء كان
فردياً ، أو جماعياً ، أو عن طريق اللعب ، الخ .. وهي أحياناً الأداة
الوحيدة المتاحة للأخصائي ، وذلك في الحالات التي لا تتوافر لقياس
السمة أدوات أخرى وقت دراسة الحالة .

والملاحظة هي الأداة العملية في الحالات التي يتوفر فيها لدى
الإكلينيكي الوقت الكافي ، أو التي لا تتطلب أكثر من تقديرات تقريبية
وهي تسجل السلوك في نفس الوقت الذي يتم فيه ، فيقول بذلك احتتمال
تدخل عامل الذاكرة لدى الملاحظ ، إلا أن الملاحظة بالطبع ، يصعب
استخدامها في بعض المواقف مثل ملاحظة الحالات العائلية أو السلوك
الجسي ، والخلاصة يمكن القول بأن ملاحظات الإكلينيكي المدرب

عملية خلال العمل الإكلينيكي ، لا نقل في قيمتها عن أي معلومات يمكن أن يحصل عليها من الاختبار السيكولوجي ، بل إن نتائج الاختبار السيكولوجي نفسه ، يصعب تقديمها بغير ملاحظة ظروف الاستجابة وللتحيزات الانفعالية للعمل ، هذا فضلاً عن أن الملاحظة قد تكشف الكثير عن خصائص شخصية العميل التي يحتمل أن تؤثر في نتائج الاختبار .

ويستطيع الفاحص المدرب أن يلاحظ خلال الاختبار عدداً من العناصر الهامة مثل الكفاءة الحسية والحركية للعمي (الابصار ، السمع ، والاضبط الحركي) ، معدل الأداء (سريع ، بطيء ، متوسط) ، الوعي بالفرض من الاختبار ، الاتجاه نحو الاختبار (متوتر ، واثق اجتماعياً) ، الاهتمام والحماس في الأداء ، التعاون أو السلبية في أداء الاختبار ، كمية الكلام واتساقه ، القدرة علي التعبير ، الانتباه ، الثقة بالنفس ، الدافع ، بذل الجهد ، المثيرة ، القدرة علي الانتقال في سمر من عمل لآخر ، الاستجابة للتشجيع والثناء ، الاستجابة للفشل ، النقد الذاتي ، السلوك للشاذ من هلوسة أو خلط في الكلام ، الخ .

وتساعد ملاحظة هذه العناصر في الحكم بما إذا كانت نتائج الاختبار تدل علي حقيقة قدراته أم لا ، ويواجه الإكلينيكي في هذا المجال صعوبة الفصل بين الملاحظات ، والاستنتاجات من هذه الملاحظات في تفسير شخصية العميل ، فمثلاً ، يصعب أن يفسر المظهر السلوكي الملاحظ أثناء تأدية الاختبار علي أنه انتباه أو تركيز ، إلا في ضوء معلومات أخرى مثل مستوى العقلي أو نتيجة الأداء في الاختبار ، وكذلك يصعب أن نستنتج أن التعاون الملحوظ في أداء الاختبار مثلاً ، يمثل سمة عامة تميز المعحوص في غير ذلك

من المواقف . ويوضح ما سبق خطوة تفسير الملاحظات في فراغ بعيداً عن دراسة الحالة المتكاملة .

أنواع الملاحظة :

أشار زهران إلى أهم أنواع الملاحظة وتتمثل في :-

الملاحظة المباشرة: حيث يكون الملاحظون أمام العميل وجهاً لوجه في المواقف ذاتها.

الملاحظة غير المباشرة: مثل التي تحدث دون اتصال مباشر بين الملاحظين والعملاء ودون أن يدرك العملاء أنهم موضع ملاحظة ويتم ذلك في أماكن مجهزة لذلك .

الملاحظة المنظمة الخارجية: ويكون أساسها المشاهدة الموضوعية والتسجيل بإراء الشخص ومظاهر ونواح سلوكية معينة دون التحكم في الظروف والعوامل التي تؤثر في هذا السلوك ، ويمكن أن تكون تتبعية لسلوك معين ، ويقوم بها أشخاص خارجيون (أي غير الشخص الملاحظ أو العميل) .

الملاحظة المنظمة الداخلية : وهذه تكون من الشخص نفسه لنفسه " التأمل الباطني" وهي ذاتية وليست موضوعية ، ومن عيوبها أنها لا يمكن أن تتبع مع الأطفال الصغار الذين لا يستطيعون القيام بها .

الملاحظة العرضية أو الصدفة : وهي عفوية وغير مقصودة ، وتأتي بالصدفة وتكون سطحية وغير دقيقة وغير عقلية وليس لها قيمة علمية .

الملاحظة الدورية : وهذه تتم في فترات زمنية محددة وتسجل حسب تسلسلها الزمني كل صباح أو كل أسبوع أو كل شهر .. وهكذا .

الملاحظة المقيدة: وتكون مقيدة بمجال أو موقف معين ومقيدة ببيود أو فترات معينة مثل ملاحظة الأطفال في موقف اللعب أو الإحباط أو أثناء التفاعل مع الكبار .

أضاف محمد للطبيب نوع آخر هو:

الملاحظة المشاركة : حيث يندمج الملاحظ بجماعة المفحوصين ويشاركهم نشاطهم الذي يقومون به ، و يندمج معهم في حياتهم اليومية بقدر الإمكان كفرد من أفراد الجماعة ، وأثناء ذلك يقوم بالملاحظات وتسجيل البيانات ، ومن المفضل بطبيعة الحال أن يقوم بالملاحظة أكثر من باحث حتي نضمن قدرأ من الموضوعية في جمع البيانات .

مجالات استخدام الملاحظة:

تستخدم الملاحظة في الأبحاث الاستطلاعية والكشفية ، لتجميع البيانات التي يختبرها الباحث بعد ذلك بطرق للبحث الأخرى ، وفي المراحل الأولى لتجميع بيانات الأبحاث التي تستهدف وصف الظاهرة وصفاً دقيقاً أو اختبار الفروض اختباراً تجريبياً . وتستخدم أيضاً لتجميع البيانات التي تساعد على تفسير النتائج التي يحصل عليها الباحث بالطرق الأخرى .

وكما تستخدم للملاحظة في مواقف للحياة الحقيقية اليومية ، فإنها تستخدم أيضاً في المعمل ، وبذلك تمتد مروية استخدامها من لانتباه الباحث للمشكلة وملاحظته لها وإحساسه بها ، إلى ما تتطلبه صياغتها من بيانات مناسبة يجمعها ويسجلها بعد ملاحظته لما يحدث ، إلى التفصيل الدقيق لما يحدث خلال التجربة من استخدام

الأجهزة والأدوات ، ومدي نجاح أو فشل استخدامها وملاحظة أسباب النجاح ومسببات القتل .

ويمتد مجال استخدامها فيما يقوم به الباحث نفسه من اشتراك فعلي مع الأفراد ، فيما يقومون به من نشاط ، فيلاحظ نفسه ، ويلاحظ الآخرين ، ويلاحظ تفاعل الآخرين معه ، ويسجل خبرته الشخصية كما يسجل ما يحدث من الآخرين ، وما يحدث لهم .

وقد يشترك الملاحظ أيضاً بطريقة لا يعرفها من معه من الأفراد ولا ينتبهون إلى أنه يلاحظ سلوكهم . وقد لا يشترك معهم ، ويقف مما يحدث أمامه موقف للمشاهد ليسجل بطريقة موضوعية ما يحدث دون أن يغمس في غمار الناس ، وضرة الأحداث التي يواجهها .

ثبات الملاحظة:

يعرف الثبات بأنه تطابق نتائج القياس في المرات المتعاقبة ، وهذا يدل على مدى خلو المقياس من الأخطاء . ويقاس الثبات بتطبيق أداة القياس مرة ، ثم تطبيقها مرة أخرى ، تحت نفس الظروف ، وحساب ارتباط المرتين ، فكلما كان الارتباط مرتفعاً كان الثبات عالياً .

ويقاس ثبات الملاحظة عن طريق ثبات نتائج الملاحظ نفسه ، وذلك بمقارنة ملاحظاته بملاحظات أفراد آخرين ، يتبعون نفس طريقته في تسجيل مشاهداتهم عن للظاهرة التي يلاحظونها .

عيوب الملاحظ :

منها ما هو متصل بعينة الملوك الذي يلاحظ ، ومنها ما هو نابع من الملاحظ نفسه . فاما ما يتصل بعينة الملوك ، فيمكن تصحيح كثير من مثاله إذا حدد الباحث بدقة خصائص المجتمع الأب الذي يشق منه عينته ، وذلك عن طريق تعريف تفصيلي دقيق للأفراد والموقف ،

ولنوع السلوك الذي يصدر عن الأفراد في ذلك الموقف ، ولحدود العينة التي سيلتزم بها . وأما أخطاء الملاحظ نفسه فيمكن تصحيح مسارها بتسجيل الظاهرة كما تحدث ، وإثناء حدوثها ، لا بعد أن ينتهي الباحث من مراقبتها ، وأن يخضع هذا للتسجيل لخطوة واضحة للعالم والأصول ، وأن تكون هذه الخطوة من البساطة والوضوح والموضوعية ، بحيث لا يختلف في تطبيقها باحثان اختلافًا كبيراً ، بل يلتزمان بمعالمها الرئيسية وإن اختلفا في بعض تفصيلاتها.

مزايا الملاحظة:

من أهم مزايا الملاحظة المباشرة ، أنها تيسر للباحث تسجيل السلوك كما يحدث في المواقف الطبيعية . ومثال ذلك دراسة العلاقات الاجتماعية التي تنشأ بين أفراد الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المختلفة ، وذلك عن طريق تسجيل إشارات وإيماءات وتعبيرات الوجه ، وأقوال أفراد تلك الطبقات ، حينما يجمعهم نشاط اجتماعي مشترك ، وكيف يؤثر بعضهم في البعض الآخر ، وكيف يتأثر به . ودراسة التنشئة الاجتماعية ، وذلك عن طريق سلوك الأمهات مع أطفالهن ، وما يقمن به من أفعال . وما يتقوهن من أفعال . وغير ذلك من أنماط السلوك التي لا يقتصر مظهرها الخارجي على مجرد ما يقوله أفراد للتجربة أو ما يكتبونه .

وكثيراً من الباحثين لا يجدون مندوحة عن الالتجاء إلى الملاحظة المباشرة ، لأن طرق البحث الأخرى لا تصلح لدراسة الظاهرة التي يتصدون لها ، ومثال ذلك ما يقوم به الأطباء للصغار والحيوانات من سلوك لا يقع معه أي اتصال لفظي بين الباحث وأفراد

التجربة ، لأن هؤلاء الأفراد لا يتكلمون ، و لا يعبرون بتلك تعبيراً
لفظياً عما يطلب منهم الباحث الاحياء عنه .

وتستخدم الملاحظة أيضاً في الحالات التي يقاوم فيها الأفراد
الباحث ، ولا يتعاونون معه ، لأنهم قد يحشون ألا يرقى سلوكهم إلى
المستوي المتوقع منهم ، أو يتوجسون خيفة من البيانات التي يجمعها
ملاحظتهم منهم .

وإذا حاول أغلب الباحثين ملاحظة السلوك وتسجيله ، دون أن
يشعر الأفراد بهذه الملاحظة ، حتى يتجنب أي شوائب مصطنعة تتسبب
بالسلوك بعيداً عن صورته العائدية الطبيعية ، وبذلك يحصل الباحث
عن قطاع حقيقي لما يحدث في حياة الأفراد اليومية.

خطة الملاحظة:

بعد الباحث خطة لما سيلاحظ . وتبدأ هذه الخطة بإعداد قائمة
يبين فيها الباحث بوضوح حدود كل سلوك سيلاحظه . فالإنسان لا
يلحظ لمجرد الملاحظة ، بل يلاحظ أشياء يتطلبها البحث الذي يقوم
به ، وذلك لأن الأمور التي يمكن أن تلاحظ كثيرة ومتعددة ، لكن
بعضها يتصل بموضوع البحث ، والبعض الآخر لا يتصل به . وتعتمد
عملية إعداد موضوعات قائمة الظواهر التي ستلاحظ على أمور
متعددة . أولها الإطار النظري الذي يعتمد عليه البحث وثانيها القيود
التي يصوغها الباحث لاختبارها . وثالثها ارتباط ما يلاحظ ارتباطاً
رئيسياً بموضوع البحث . ورابعها ارتباط كل موضوع يلاحظ ببعضه
البعض ارتباطاً ضعيفاً ، حتي تمتد الملاحظة لأوسع مدي من مجالات
مشكلة البحث . وذلك لأن اقتراب موضوعات قائمة الملاحظة وشدة
ارتباطها ، يقصر مجالها على أعداد قليلة من أعداد المشكلة ، ويحول

بينها وبين شمولها لجميع خصائص الظاهرة التي تبحث . وغالبا ما تسبق عملية قائمة الموضوعات ملاحظات تمهيدية يقوم بها الباحث ، ليجمع الطواهر التي سيقوم بها بحثه والتفصيلات التي سيعتمد عليها في بناء قائمته . وغالبا ما تكون هي أكثر الأمور تكراراً فيما يلاحظ ويشهد ويراقب

وتلي عملية إعداد قائمة الموضوعات التي يمكن تعريفها وتصنيفها عملية اختيار فئات التصنيف حتي يمكن معالجة موضوعاتها معالجة علمية ، وبسهولة ويسر ، ولذا يستحسن أن يكون ما يسجل تحت كل فئة بسيطاً ، ولا يتضمن أكثر من سلوك واحد ، وأن يسجل بطريقة إيجابية وفي صيغة الحاضر .

أنواع الملاحظة (طرق تسجيل الملاحظة):-

أ- بطاقات الملاحظة واستمارات البحث:

كثيراً ما يعد الباحثون بطاقات الملاحظة أو استمارات البحث ، لتيسر عملية تسجيل البيانات ، ويسجل في هذه الوسائل ، مجموعة من البنود (العوامل الملاحظة والمحددة بعناية) التي تتعلق بالمشكلة ، وتجمع في فئات إن أمكن ، ويترك بعد كل بند مسافة للملاحظ ، يكتب فيها كلمات وصفية قليلة ، أو يبين وجود أو غياب أو تكرار حدوث الظاهرة . وتساعد هذه الموجهات الباحثين على تسجيل ملاحظات مختلفة كثيرة بصورة أسهل ، . ضمن عدم إغفالهم أي دليل يتعلق بالمشكلة كما أن هذه الوسائل من شأنها تجعل الملاحظات موضوعية ، وتمكن من تصنيف البيانات تصنيفاً موحداً ، وتصميم بعض بطاقات الملاحظة ، بحيث يستطيع الباحث أن يصل إلى درجة

تمكنه من إجراء مقارنات مع بيانات أخرى ، أو تحديد الحالة العامة لموضوع أو خدمة معينة.

ب- العينة الزمنية:

تتطلب طريقة العينة الزمنية ، أن يسجل الفرد تكرار الصور الملاحظة للوقائع ، خلال عدد من الفترات الزمنية المحددة ، الموزعة توزيعاً منتظماً ، وفيما يلي مثال مبسط لتوضيح هذه الطريقة . إذا أراد مدرس أن يعرف أنواع الأنشطة التي يشارك فيها تلميذ ما ، فإنه يسجل صور السلوك الملاحظ التي يقوم بها التلميذ ، خلال فترة خمس دقائق معينة في حصّة التاريخ كل يوم لمدة أسبوعين ، وقد يرغب المدرس في رصد حدوث شكل واحد محدد تحديداً موضوعياً من أشكال السلوك أو عدم حدوثه مثل " تكرار المشاركة في الدرس " بدلاً من تسجيل كل شيء يقوم به التلميذ. فلكي يحصل على مثل هذه البيانات ، قد يلاحظ التلميذ في عدد محدد من الحصص الموزعة على عدة أيام أو أسابيع ، ويسجل كل مرة يساهم فيها التلميذ في مناقشة الدرس. ويعتمد طول فترة الملاحظة على طبيعة المشكلة وبعض الاعتبارات العملية ، مثل إمكانية الحصول على المفحوصين طوال فترة الملاحظة. وقد دلت البحوث بصفة عامة ، على أن الملاحظات القصيرة المتعددة الموزعة توزيعاً جيداً ، تعطى صورة أكثر مطابقة للسلوك ، من فترات الملاحظة القليلة في عددها ، والتي تستغرق كل منها زمناً طويلاً.

والعينة الزمنية طريقة قيمة ، لأنها تسمح بالتعبير الكمي مباشرة عن حالات السلوك الملاحظة. إذ بإجراء سلسلة من الملاحظات في نفس اليوم ، أو في أيام متتالية ، أو في فترات زمنية محددة ، يمكن الحصول على درجة تبين عدد المرات التي أظهر فيها المفحوص شكلاً معيناً من

أنشكال السلوك ، خلال كل فترة ، وخلال العدد الكلي للفترات ، وتحصع هذه الدرجات الناتجة للمعالجة الإحصائية بسهولة.

ج- اليوميات السلوكية والسجلات القصصية:

تستخدم أحياناً في جمع البيانات ، طرق أقل شكلية. فإذا اشترك تلميذ في حادث هام داخل حجرة الدراسة ، أو الصلاة ، أو المطعم ، أو في أي موقف آخر ملموس ، يكتب الباحث تقريراً واقعياً عن المفحوص أو فعله ، ويدون تاريخ الواقعة ، ويصف الموقف الذي حدث فيه. وبعد تجميع سلسلة من هذه الملاحظات المباشرة لسلوك هام خلال فترة زمنية معينة قد يتجمع لديه بيانات كافية تبصره بمسوح المفحوص وتطوره وتكيفه.

ومهما يكن ، فإن قيمة السجلات القصصية تصبح ضئيلة ، إذا لم يكن الملاحظون قادرين علي تسجيل الوقائع المناسبة بطريقة موضوعية. فبعض الباحثين يرتكبون خطأ تجميع البيانات السلبية فقط ، وآخرون يسجلون تعميمات مهمة عن الواقعة أو تفسيرات ذاتية لها ، بدلاً من تسجيل ما قاله المفحوص أو ما فعله بالضبط. وأحياناً يصدر الباحثون تعميمات عن سلوك المفحوص ، قبل أن يجمعوا بيانات كافية عنه. وأكبر نقط الضعف في الأسلوب القصصي ، أنه يتطلب وقتاً طويلاً لتسجيل البيانات وتحليلها وتفسيرها.

د- الآلات الميكانيكية:

حينما يصعب عدد من تملحظين عن الواقعة ، فإن تقاريرهم غالباً ما تختلف ، نتيجة لتحييرهم الشخصي ، أو إدراكهم الانشغالي ، أو اندماجهم الانفعالي ، أو أخطاء الذاكرة. ولما كانت الآلات الميكانيكية لا تتأثر بهذه العوامل ، فإنها يمكن أن تحصل علي تسجيل دقيق

لواقعة. فالأفلام والتسجيلات مثلاً ، تحفظ تفاصيل الواقعة في مسورة يمكن إعادتها ، بحيث يمكن أن يدرس الوصف الكامل لحوادثها بواسطة الباحث مرات متعددة وبعمق ، كما يمكن مراجعتها أيضاً بواسطة الباحثين الآخرين وقد استخدمت الأفلام في تحليل استجابات الجمهور ، وفي عمل تحليلات ، فمن طريق العرض البطيء للأشرطة المعقدة التي ذكر من مستطاع دراستها في الظروف الطبيعية ، ونستخدم في تحقيق أغراض أخرى عديدة. وبعض الوسائل الميكانيكية لا تغطي فقط وصفاً موثقاً به لما يحدث ، وعما تسجله أيضاً في صورة كمية. فمثلاً يقيس الديناموميتر (dynamometer) قوة قبضة اليد ، ويسجل الألكتروميوجراف (electromyograph) تكرار نشاط العضلة وشدة ومدة. وفي بعض التجارب تضبط بعض الآلات مصدر المثير ، بدلاً من قياس استجابات المفحوصين. فمثلاً ينظم الإيسكوتستر (episcotester) شدة الضوء المنبعث من مصدر ما. وقد أعدت مئات من الآلات الميكانيكية ، ولا بد للباحث من أن يكون على آفة بتلك الآلات التي تستخدم في ميدانه.

ورغم أن الآلات الميكانيكية قد تنتج بيانات أكثر دقة وثباتاً من الملاحظين الأنميين ، إلا أن لها حدوداً معينة. فهي يمكن أن تستخدم في التجارب العملية المصنوعة ضيقاً دقيقاً ، بصورة أسهل من الدراسات التي تجري في المواقف الطبيعية ، مثل حجرة الدراسة. إذ أن وجود الآلة يغير أحياناً من سلوك المفحوصين ، مما يترتب عليه ألا يحصل الباحث على قياس دقيق لسلوكهم العادي. كما أن المال والوقت اللزمين لإعداد آلة ، واستخدامها ، والمحافظة عليها ، قد يكون معوقاً آخر. ولكل من الآلات البسيطة والمعقدة مشكلاتها. وبطبيعة الحال ، لا يمكن

أن تعطى الآلات الدقيقة والجيدة في تصميمها بيانات يعتمد عليها ، إذ لم تستخدم ويحافظ عليها بطريقة سليمة. هذا بالإضافة إلى أن تصنيف البيانات المجموعة بواسطة الآلات الميكانيكية تصنيفاً يكشف عن العلاقات الهامة ، ليس بأسهل من تبويب البيانات التي تحصل عليها من أدوات أقل تعقيداً.

نموذج:

دراسة ملاحظة لتقدير سمات الشخصية ومميزات السلوك الاجتماعي: وهي من إعداد الدكتورين عطيه محمود هنا ومحمد و عماد الدين إسماعيل. وهي تتكون من ستة أقسام هي:

أ- البيانات العامة المميزة للمفحوص ولأسرته.

ب- الحالة الجسمية العامة والخاصة.

ج- القدرات العقلية والتحصيل المدرسي.

د- سمات الشخصية ومميزات السلوك الاجتماعي.

وهو القسم الرئيسي في البطاقة ، ويعتمد على تقدير القائم بالملاحظة للمفحوص ، في فئة من خمس فئات لتقدير كل سمة شخصية أو سلوك اجتماعي مما يلي:

١- العناية بالمظهر الخارجي.

٢- المبادأة.

٣- الانفعالية (الثبات الانفعالي).

٤- التصب.

٥- المرح.

٦- المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالة السرور.

٧- المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالات الألم النفسي.

- ٨ المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالات الألم الجسماني.
- ٩- المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالات السرور.
- ١٠- المشاركة الوجدانية السلبية في حالات الألم للنفس.
- ١١- المشاركة الوجدانية السلبية في حالات الألم الجسمي
- ١٢- الاعتماد على الغير من الناحية العاطفية
- ١٣- الاجتماع مع الآخرين.
- ١٤- القدرة علي تكوين علاقة مع الآخرين.
- ١٥- رعاية الغير.
- ١٦- حب الاستطلاع.
- ١٧- الميل إلي التملك.
- ١٨- للتركيز.
- ١٩- الرغبة في المدح وحب الظهور.
- ٢٠- القيادة.
- ٢١- السيطرة.
- ٢٢- الطاعة.
- ٢٣- العدوان المادي.
- ٢٤- العدوان اللفظي.
- ٢٥- الإيثار.
- ٢٦- المنافسة.
- ٢٧- العبرة.
- ٢٨- الحماس.
- ٢٩- الشجاعة.
- ٣٠- المثابرة.

٣١- الإحصائيات بالنقد.

٣٢- مستوى الطموح.

٣٣- تقدير الذات.

ويستهي هذا القسم بتلخيص لتقديرات السمات الشخصية.

هـ- ملاحظات عامة عن الشخصية ، وبخاصة سلوك المفحوص نحو

الأشخاص الآخرين ، وفي المواقف المختلفة.

و- الانحرافات النفسية ، وتشمل أعراض الاضطراب النفسي التي

لوحظت خلال فترة البقاء في المدرسة أو المؤسسة أو التي

لاحظها شخص موثوق به. ومن ذلك التمرد والكذب والنوبات

الهستيرية والعلاقات الأسرية والمعاملة السائدة في الأسرة ،

وتنتهي بخلاصة عامة عن السلوك والشخصية.

ثالثاً : المقابلة الكلينيكية

التعريف:

أوضح عطوف ياسين أن العالم (ألين روم) يعرف المقابلة بأنها عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر ، الشخص الأول هو أخصائي التوجيه والإرشاد أو التشخيص ، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة فنية محورها (الأمانة) وبناء العلاقة الناجحة ، فليس الهدف من المقابلة عنونة المريض أو الصاق الصعوبات به أو تصنيفه في فئة إكلينيكية محددة ، وإنما الهدف منها هو الكشف عن ديناميات السلوك المرضي قبل أي اعتبار ، ويتوقف نجاحها في تقديرنا على قدرة الأخصائي في بناء علاقة دافئة ومشجعة بينه وبين المريض وهي علاقة الثقة والتواد.

وترمي المقابلة الشخصية على تشخيص حالة المريض بتوجيه أسئلة هادفة ذات صياغة محكمة ، وبملاحظة سلوكه ملاحظة دقيقة. وفي مواقف المواجهة بين الأخصائي والمريض يتمكن الأول من الحصول على كثير من المؤشرات والعلامات التي تساعد على نفاذ التشخيص.

ويؤكد العالم شافر ولازاروس بأن الاختبارات ليست في حقيقة أمرها سوى مقابلة مقننة وليس هناك بديل للمقابلة في الخدمات النفسية فهي على هذا المحور الأساسي فيها.

ويري العالم لانديز أن المقابلة أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية ، وبدونها لا يمكن الباحث من الوصول إلى بيانات ذات طبيعية دينامية ، وقد استخدمها في دراسات عن السلوك الجنسي والنمو الجنسي النفسي بين الذكور والإناث.

وتحد حدد العالم شيمر المقابلة في شرطي الأمانة والموضوعية ويؤكد خبراء الإرشاد والميكولوجي (أستال هاملتون و كارل روجور) أن المقابلة يجب أن تركز على عطاء فني وثقة متبادلة بين الأخصائي والعمول ويسودها الصدق والأمانة والمودة ، وعلى الأخصائي في المقابلة إبراز مشاعره لاسيما في الحالات التي تستدعي تعاطفا مع العميل تاركا له حرية التعبير .

وهكذا يبرر أن غرض المقابلة على الهدف الذي يتمثل بها ومهما كان الهدف: تشخيصيا كان أم إرشاديا ، علاجيا أم استطلاعيا ، فإن جمع البيانات والفهم المتكامل لشخصية العميل هي القاسم المشترك الذي تنصدي له المقابلة بشتى أنواعها ، ويهتم علماء النفس الإكلينيكي بمدى ثبات المقابلة التشخيصية في تقييم المرضى ، وقد أثبتت دراسات العالم شميدت أن هنالك قدرا لا بأس به في ثبات المقابلة ، وكانت معاملات الاتفاق بين القائمين بالمقابلة أمثال شميدت وفوندا وغيرهما قد بلغت أكثر من ٨٠ % .

ويرى الكثير من العلماء بأن المقابلة في الحقيقة هي المحك الذي يستخدم لقياس مدى صدق الاختبارات التشخيصية والصعوبة الكبرى التي تستخدم لقياس مدى صدق الاختبارات التشخيصية ، والصعوبة الكبرى التي تعتبر من عيوب المقابلة هي وجود الوقت الكافي والخبراء في فن المقابلة ، وغالبا ما تتم المقابلة في شخص سريع وعلى أيد تحتاج للكثير من التدريب والدراية والخبرة .

والمقابلة ليست وفقا على الأخصائيين النفسيين ، فخبراء الإرشاد والخدمة الاجتماعية والأخصائيين الاجتماعيين يمكن أن يؤدوا دورا بارزا في المقابلة. وقد يلجأ الأخصائي لمقابلة أفراد لا علاقة لهم

بالحالة لتزويده بمعلومات ترتبط بالمشكلة التي يحاول دراستها ومعالجتها.

وقد حذرت هيلين بيك في كتابها الارشادي حين ناقشت عملية إرشاد آباء الأطفال للشواذ ، في أنهم أثناء المقابلة يميلون لإنكار المعلومات غير السارة أو المؤلمة ، والتي غالبا ما تأتي من مصادر خفية لا شعورية ، وتقرح عالمة هيلين بيك أن يكون الأخصائي حذرا وقادرا على اكتشاف هذه الدوافع اللاشعورية التي تعتبر عيها من عيوب المقابلة التي لا يوجد فيها ضمان كامل ، وتعدد على ضرورة الموضوعية عند الأخصائي في حدود الإمكان.

وفي تقديرنا أن الأمانة والموضوعية في المقابلة يجب أن تكون ذات طرفين يمثل العميل أو الآباء طرفا بها ، ويكون الأخصائي الطرف الثاني والمكمل بها.

أما العالم كاتر فإنه ينصح الأخصائي عند المقابلة بعدم التسرع بالإجابة عن أسئلة أو نقاط غامضة يفصل الآباء الحديث عنها بصفة تلقائية لشعورهم أنها شئون عائلية ومن شأنهم وحدهم إدلاء للبيانات والمعلومات عنها.

وتبدأ أهمية المقابلة الكلينيكية فيما أوضحه لاجلش من أن:

أ- الكينيكي يعين الشخص علي أن يتكوف مع الموقف ، ويجاهد كي ما يجعل طريقته ملائمة لهذا الشخص ، ويتم البحث الكينيكي في مقابلة شخصية .

ب- الكينيكي يلاحظ استجابات الشخص في وحدتها الكلية وتفاصيلها ، وذلك في موقف حيوي وهام في دلالته ألا وهو موقف الفحص (أي أثناء المقابلة الشخصية)

ج الكليبيكي يتخذ إطاره المرجعي من أنماط (كهيبة) ذات طبيعة مثلي ، بحيث يرد الحالة إلى عدد من العلاقات العامة ، ويمثل ما بين الحالة وأحد تلك الأنماط ، مستوعبا في ذلك علي أدق نحو ممكن الخصائص الفردية للحالة .

أنواع المقابلة :

نقسم زهران للمقابلة بصفة عامة إلى مائلي :

١- المقابلة المبدئية : وهي أول مقابلة مع العميل ، وفيها يتم التمهيد للمقابلات التالية ، ويتم تحديد إمكانات المرشد وما يتوقعه المرشد والعميل كل من الآخر ، والتعريف بالخدمات الإرشادية ، والإلمام بتاريخ الحالة بصورة مبدئية عامة.

٢- المقابلة القصيرة : وهي مقابلة تستغرق مدة قصيرة عندما تكون المشكلة طارئة وسهلة وواضحة ، وقد تكون مقدمة لمقابلات أطول ، وقد تكون كافية وخاصة في حالات المشكلات التي يستطيع العميل بنفسه أن يحلها ، إلا أنها تقتصر إلى التفاعل والعلاقة الكافية بين المرشد والعميل .

٣- المقابلة الفردية : وهي التي تتم بين المرشد وبين عميل واحد فقط.

٤- المقابلة الجماعية : وتتم مع جماعة من العملاء كما يحدث في جماعة من الطلاب الذين يعانون من مشكلات مشتركة فيما بينهم .

٥- المقابلة المقيدة (المقننة) : وهي التي تكون مقيدة بأسئلة معينة محددة سلفا يجيب عنها العميل ، وموضوعات محددة مسبقا يتحدث عنها ، وتعليمات محددة يتبعها المرشد ، ومن مزاياها

ضمان الحصول على المعلومات الضرورية المطلوبة وتوفير الوقت ، إلا أن من عيوبها الجمود ونقص المرونة.

٦- **المقابلة المطلقة (الحرة)** : وهي غير مقيدة بأسئلة ولا موضوعات ولا تعليمات محددة ، بل تكون حرة ومرنة حيث تترك الحرية للمميل تداعي أفكاره تداعيا حرا ويعرضها بطريقة الخاصة .

وقد أشار أريكسون إلى أربعة أنواع للمقابلة طبقا للهدف هي:

أ- مقابلة خاصة بالانتقاء لوظائف معينة ، أي أن الهدف منها فحص مدى صلاحية الشخص لمهنة معينة تتناسب مع إمكانياته وقدراته ، وتتناسب في الوقت نفسه مع مطالب الوظيفة أو العمل أو نوع التعليم.

ب- مقابلة خاصة بتجميع كم من المعلومات من العميل ، وتفيد هذه المعلومات في توجيه الشخص ، أو مساعدته لاختيار ما يناسبه ، ويمكن أن يطلق عليها المقابلة للتوجيهية أو الإرشادية.

ج- مقابلة خاصة باستيعاب التعليمات والأوامر الإدارية: وفيها يهدف القائم بالمقابلة إلى إعطاء تعليمات ، والالتزام باللوائح ، ومحاولة تعديل سلوك العملاء ، وتعد المقابلة هنا بمثابة مقابلة تعليمية .

د - مقابلة خاصة بالتوجيه والإرشاد الكلينيكي : ويكون الأساس فيها هو العميل الذي يلجأ إلى الموجه أو المرشد . (القائم بالمقابلة) لاستشارته فيما يمين له من قضايا أو مشكلات ماعيا وراء المساعدة وغالبا ما يتم هذا النوع في العيادات السيكولوجية

شروط المقابلة الناجحة:

- ١- أن يتمكن الأخصائي من تشكيل علاقة آفة ومودة مع العميل أو أفراد العينة أو المسؤولين أثناء المقابلة.
- ٢- أن تكون كلمات الأسئلة مبسطة وواضحة وحسب مستوى المجيب.

٣- يستطيع الأخصائي رفع مستوى صدق وثبات المقابلة بإجرائها بطرق مختلفة وفي أوقات متفرقة ، وفي أماكن متعددة لتكشف كافة للروايات المطلوبة عن الحالة أو المشكلة ، ويمكن تسجيل الإجابات (يدويا أو آليا) أثناء إجراء المقابلة أو بعدها ، ومن الأخصائيين من يفضل استخدام أجهزة التسجيل الصوتية ، ويمكن إلى جانب المقابلة الاستعانة بتطبيق الاستفتاءات المفتوحة أو المقفلة مع المقابلة.

عيوب المقابلة:

- ١- ليس من المستبعد أن يقع الأخصائي أثناء المقابلة بتحيز شخصي سواء في تصويره للمحادثة أو نظرته للشخص الآخر أثناء المقابلة وقد تغف فوارق الجنس واللون والدين والاتجاه السياسي والذكورة والأنوثة عوائق صعبة في وقوع الأخصائي أثناء المقابلة ضحية لتفكير مسبق وأفكار عاطفية لا تخلو من تعصب وجنوح، وليس من السهل إنكارها أو التخلص منها ببساطة لأنها جزء من شخصية الأخصائي .
- ٢- أثناء المقابلة يمكن الإيحاء للمجيب بنوع من الأجوبة التي يعتقد أن السائل يريد الوصول إليها.

- ٣- أن المجيب في معظم الأحيان قد يعطي إجابات لا تعبر عن رأيه الحقيقي إذا كان خائفاً أو خجولاً ، أو شاعراً بالذنب أو محاولاً الاحتفاظ بكرامته ومُعوره ، أو تحت ضغط من الضغوط.
- ٤- إن السرعة أثناء المقابلة قد تكون عاملاً يهدد ثباتها وصدقها ولهذا لابد من وجود الوقت الكافي .

أسس المقابلة:

- ١- الإصغاء الجيد .
- ٢- الأسئلة الهادفة.
- ٣- إبراز الدوافع اللاشعورية.
- ٤- كشف وملاحظة التناقضات الوجدانية .
- ٥- التقبل المبصر.
- ٦- اللونام والعلاقة الحميمة الممنولة .
- ٧- تفسير البيانات والنتائج .

رابعاً: الأحلام وميكانيزماتها

ومن المفيد أن تسأل عن الأحلام في المناسبات التي يحضر فيها المريض المنتظم في العلاج للجلسة ويعلن أنه ليس لديه ما يقوله ، فغالبا ما يحتوي الحلم الذي يتم تذكره في مثل هذه الظروف على إشارات للمشكلة التي اعترضت تنفق أفكار المريض وحديثه .

وأوضح لطفي فطيم عدم وجود نظرية عامة مقبولة فيما يتعلق بمعنى الأحلام ولكن لا يجب أن يعوقنا هذا عن الاستفادة العملية منها . واعتقد فرويد أن الأحلام تمثل في الغالب رغبات غير مقبولة لم يتم إشباعها ، وأغلبها نوازع غريزية تستمد نشأتها من طفولته الحاملة المبكرة.

أضاف أنه عندما يروي المرضى أحلامهم ، قد يكون من المفيد أن نضع في اعتبارنا أن هناك أربعة طرق محتملة في النظر إليها:-

الأولي: أن بعض الأحلام تمثل بالنكود رغبات يظلم علوسها طابع الجنس أو الطموح تماما كأحلام اليقظة.

الثانية: كثيرا ما تعمل الأحلام كمنفذ لتعريف الدوافع التي يستحيل على الحالم التعبير عنها أو التي لا يستطيع الإقرار بها ولو جربنا (كالدوافع العدوانية أو للجنسية تجاه المحارم أو أحلام الجنسية المثلية) .

الثالثة: كثيرا ما يكون للأحلام جانب أو دور تعويضي .

الرابعة: كثيرا ما ترتبط الأحلام فعلا بالمشاكل التي يجدها الحالم والتي لم يجد لها حلا بعد .

إخراج الحلم : عند إخراج الحلم لأبد من مقارنة المحتوي الظاهر بالمضمون الكامن من الأحلام ، ونعلم أن هناك عمليات نفسية قد حدثت بحيث أصبح للمحتوي الظاهر تعبيراً عن المضمون الكامن ، وأن الرقابة قد حالت دون ظهور المحتوى الكامن على هيئته الحقيقية في الحلم ، أي أن الرقابة قد جعلت المضمون الكامن للحلم يلجأ إلى سبب لتعبير عن نفسه ، أي أن الرقابة قد أخرجت هذا المضمون الكامن في شكل خالص وهو المحتوى الظاهر .

إن عملية إخراج الحلم هي تحويل المضمون الكامن إلى محتوى ظاهر (أي حلم) .

أما عملية التأويل للحلم فهي عكس تلك الخطوات . وهناك أساليب للإخراج عن طريق عملية للتأويل ، فمن تأويل الأحلام يتبين أن هناك أربعة أشكال لإخراج المضمون الكامن في محتوى ظاهر هي (ما يطلق عليها اسم ميكانيزمات عمل الحلم) .

١- **التكثيف :** هو أن يصبح المحتوى الظاهر أقل ثراء في عناصره من المحتوى الكامن الذي يعبر عنه أحياناً ما تحذف أفكار كامنة من الظاهر ، وأحياناً قد تلتئم أكثر من فكرة واحدة في عنصر واحد ظاهري بحيث تندمج سلسلتين من الأفكار الكامنة في أحد عناصر الحلم الظاهر ، وأحياناً ما يكون الظاهر متضمناً عنصراً مركباً من عدة عناصر ، فيمثل هذا العنصر عدة أفكار وتمثل عدة عناصر فكرة واحدة . كل يكون القى في الحلم تعبيراً عن التفكير من الجسمية ، وهي نفس الوقت تعبيراً عن الرغبة في الحمل

٢- **الرمزية :** بمعنى استخدام الحلم للرموز كوسيلة للتعبير ، هذه الرموز قد تكون عامة عدد كل الناس (الأسد أو الذئب كرمز للأب)

وقد تكون خاصة ببعضها ، وقد تكون خاصة بخبرة الفرد ، ومن الرموز الشهيرة فقدان الشعر أو فقدان البصر أو تيريد أو فقد سنة كرمز للحصاء ومن قبل ذلك أن كل ما هو مديب في رمزه لعضو للتذكير وكل ما هو مجوف في رمزه لعضو التانيث.

٣- النقل أو الإزاحة وهي غنم بي شكلين :

الاول بما ان يبدل عنصر بعنصر كون بينهما عذبة صحبة كما هو في التأويل الشعبي .

الثاني: هو نقل التكتيت حيث يدور الحلم الظاهر حول عنصر معين ويعطيه أهمية قصوي مؤكدا قيمته في محاولة جذب انتباه المأول أو الحالم من العنصر المؤكد الآخر ، مثلما نجد أن التوكيد ينقل مثلاً من الاستعجال في الزواج إلى الاستعجال في حجز التذاكر وما يطبق عليه حلم الكراسي .

٤- التصوير اللدن للأفكار : أي الإخراج المسرحي للحلم ويقصد به عودة الشخص إلى الانطباع الأصلي الذي نشأت عليه الكلمة ، فكلرة التقاليد الاجتماعية مثلاً هو تعبير عن انطباعه ، وإلا تسان بصور الانطباعات القديمة التي نتجت عنها اللغة لأنه لا يستطيع تصوير الأفكار.

وهي ذلك يعبر الحلم عن المعنى الذي يريد كما يحدث في الفيلم صم ، إذ تنابه الصور البصرية ، وبادراً ما يتدخل الأصوات والحوار .

تفسير الأحلام:

يحتاج الحلم إلى جهد لتفسيره ، وكان فرويد يوصي بتقطيع الحلم إلى أجزاء وذلك لطلب من الحالم مستعدات أفكاره عن كل

جزء من الأجزاء على حدة ، وبذلك نصل من العناصر الظاهرة في الحلم إلى المحتوي الكامل وراء كل عنصر من العناصر ، وفي التقطيع للحلم ما يخلصنا من المعنى للظاهر ومن المعقولة والمنطقية للظاهر .
ولقد استند فرويد في هذا المنهج باعتباره أن العلم له محتويين :

أ- **المحتوي الظاهر** . وهو عبارة عن سرد الحلم وأحداثه كما ظهر للحالم.

ب- **المحتوي الخفي (الكامن) :** وهو عبارة عن المعنى الرمزي للمحتوي الظاهر ، فمثلا رؤية ساحر لعبوز علي المحتوي الظاهري يعني رمزيا زوجة المريض أو أمه علي المستوي الكامن أو الخفي (عبد الرحمن العيسوي).

هذا ويمثل تفسير الأحلام جانباً هاماً في العلاج النفسي وغالباً ما يحاول المعالج أن يمسكه بدلالة الحلم ضمن سياق العملية العلاجية .
 فقد يكون الحلم تعبيراً عن مقاومة العلاج أو تعبيراً عن تغيير في الدوافع العميقة أو عن إصرار ، والمعالج في تفسيره للحلم يرجع إلى الشخصية في حاضرها وتاريخها.

الحلم المؤلم والكابوس:

إن الحلم لا ينجح في وظيفته وهي المحافظة علي النوم إلا حين ينجح النشاط الدفاعي في عمله الترميمي الذي يجعل الدوافع المكبوتة متكررة . أما إذا فشل النشاط الدفاعي للأنا في عمله فذلك معناه فشل الحلم ، عندئذ تدخل الدوافع المكبوتة عارية صريحة فيسبب للقلق في الحلم إشارة إنذار للخطر ، ويشد القلق إلى الحد الذي يقطع النوم ببقطة مفعمة بالقلق ، مما يحدث في المخاوف الليلية للأطفال . هذا الأرق

المفاجئ وسيلة للدفاع ضد هذا للخطر ، إذ تستعيد الأنثى باليقظة قوتها على المواجهة هذه التي كانت قد ضاعت بالنوم .

وهناك أحلام أخرى تكون أليمة في محتواها الظاهر بحيث يبدو من الغريب فهمها على أنها تحقيق لرغبة وإشباع لدافع ، من قبيل ذلك المرأة التي ترى زوجها أو والدها يقوم بضربها بشكل مبرح في الحلم وتتألم وتبكي . ومن قبيل ذلك أيضا الشخص السدي يحلم قبل الامتحان أنه دخل الامتحان وظهرت النتيجة معلقة رسوبه .

في مثل هذه الحالات يتضح أن الحلم على الرغم من طابعه الأليم، يحقق رغبة عند الشخص قد تكون حاجته إلى العقوبة بالفضل تهينة لمشاعر ألم يعاني منها ، وقد تكون العقوبة البدنية في الحلم إشباعا للماروشية الأنثوية عند الشخص .

وهناك أحلام أخرى أليمة يصعب فهمها على أنها تحقيق لرغبة وإشباع لدافع ، ويعني هذه الأحلام التي هي تكرار المرة بعد المرة لصدمة أو حادث صادم عاشه الشخص . من قبيل ذلك أن يحلم الجندي عدة مرات بالمواقف الذي حدثت له فيه الإصابة وفقد بصره . والذي يحدث هنا هو أن الأنثى تقوم في مثل هذه الأحلام بتكرار إيجابي لما سبق أن عاينته سلبيا . وفي هذا التكرار ما يسمح للأنثى بتحقيق إغراعات جزئية أجلة وما يتيح للنوم أن يستمر على الرغم من التوتر الداخلي ، وفي هذا التكرار أيضا ما يحقق الألفة والتعود مما يمكن الأنثى من أن تنتهي للتكرار الفعلي في اجترارات أحلام اليقظة ، وذلك قبل المواجهة للصريحة للمواقف .

وبخلاصة القول أن الحلم تحقيق لرغبة هي رغبة الأنثى في النوم ، ويتحقق ذلك بتقديم إشاعات أحلامية للدوافع المطرودة ، ومن

هذا فالحلم هدفه خفض التوترات ، هذه التوترات التي يؤدي ارتفاعها بصورة مفرقة أو صدامها مع الأنا إلى القلق والكابوس والبقطة العجائبة

خامسا: الهفوات والأفعال الأعراضية

تشتمل الهفوات والأفعال الأعراضية على :

- أ- سحر ، خد
 - ب- أخطاء القراءة وأخطاء السمع .
 - ج- النسيان المؤقت لأسماء الأشخاص والأعلام ، والنسيان المؤقت للوعود والأعمال التي كان لها من المفروض تنفيذها .
 - د- الإضاعة الوقتية لنشئ من الأشياء وبعض التصرفات غير الموقفة التي تتم في ظاهرها عن عدم المهارة .
- والتحليل النفسي لا ينكر دور العوامل التي تعبر في العادة مسئولة عن هذه الظواهر ، كالنصب وشروط للذهن والتنهج والخواص الصوتية للألفاظ ، ولكنه يعتبرها تفسيرات جزئية وعوامل مساعدة.
- يرى التحليل النفسي أن نشاط الأنا في هذه الحالات يختل بتأثير عامل طفلي ، وهذا العامل يمكن أن يكون شعوريا أو قبل - شعوريا يتعرف عليه الشخص بسهولة ، كما يمكن أن يكون لا شعوريا لا نقبله الأنا.

ويتدخل تفسير الهفوات بصورة مستمرة في العلاج بالتحليل النفسي كأن تعبر الهفوة عن رغبة الشخص في الموت أو الفشل في الوقت الذي يصير فيه علي عدم وجود هذه الرغبة عنده .

وتتخصص الأهمية النظرية لهذه الهفوات في أنها توضح الحاصلة المميزة للتفسير التحليلي في أمثلة يسيرة الفهم ، مما يعبر علي

استخلاص الأدلة التي تنطوي عليها المسالك في وحدتها الكلية الحالية والزمية في انكار لقيمة العوامل الأخرى بتأثيراتها الجزئية. وخلاصة القول أن هناك حتمية نفسية تحكم جميع مظاهر السلوك كي تبدو وكأنها غير إرادية أو غير مرتبطة بدوافع معينة

سادساً: المقاييس والاختبارات النفسية

لقياس الشخصية

تعتبر دراسة الشخصية وتقييمها من أبرز مهمات الأخصائي الإكلينيكي لأنها تأتي مباشرة بعد قياس الذكاء من حيث الأهمية والضرورة وأبرز أنواع اختبارات قياس وتشخيص الشخصية:-
١- الاختبارات الموضوعية (السيكومترية) :

وهي اختبارات الميول والاتجاهات والقيم والعلاقات الاجتماعية. وأهم مميزاتها:

- أ- اقتصادية وقليلة التكاليف والجهد لأنها تطبق على أساس جماعي ولأعداد كبيرة ، فهي تختصر الزمن والمجهود والتكلفة .
- ب- تعتبر نمياً حيادية وموضوعية: حيث لا يتمكن الأخصائي من التدخل بأرائه وسلطته وأحكامه ، وتظهر موضوعيتها حين تقارن بالأساليب الأخرى في تقييم الشخصية.

ج- بسيطة التصديق والتصحيح والتفسير ويمكن لتصحيحها استخدام الحاسب الإلكتروني

د- تستخدم هذه النوعية من الاختبارات في بداية التشخيص أو العلاج كمقدمة لتكوين علاقات طيبة بين العاخص والمفحوص

هـ - تساعد على الكشف السريع لكثير من النواحي ، وتمكننا من التنبؤ المضبوط إلى حد كبير .

٢- الاختبارات الإسقاطية للشخصية:

هي عبارة هي موقف مثير على شكل جملة أو صورة يتميز بأعلى درجة من الغموض ونقص التكوين، يتعرض له المفحوص فيستجيب استجابة ، يستطيع من خلالها الفاحص اكتشاف جوانب مختلفة من شخصية المفحوص ، وتشير هذه الجوانب إلى أفكار المفحوص ودوافعه ومفاهيمه وجدائته ودفاعاته ورغباته ولحباطاته . الخ .

وأهم خصائص الاختبارات والأساليب الإسقاطية في النقاط التالية:

أ- أن المواقف المثير الذي يستجيب له الفرد غير مشكل ، ونقص التحديد ، وأن ذلك من شأنه أن يقلل من التحكم الشعوري للرد في استجاباته مما يترتب عليه بسهولة الكشف عن شخصيته .

ب- أن الاختبارات الإسقاطية لا تقص المظاهر السطحية للشخصية بل أنها تنقل في شخصية المفحوص - بشكل غير مباشر - على التنظيم الأساسي للشخصية والديناميكيات المؤثرة في هذا السلوك الظاهري .

ج- أن الفرد لا يدرك طريقة تقدير استجاباته، ولذلك فإنه يكشف عن نفسه بسهولة ودون محاولة إخفاء شخصيته أو بعض نواحيها عن المختبر .

د- أن الاختبارات الإسقاطية لا تقبس النواحي الجزئية من الشخصية ولكنها تحاول أن ترسم صورة للشخصية ككل من حيث مكوناتها أو العلاقات الديناميكية بين هذه المكونات .

هـ - أن الاستجابات لا تقدر من ناحية أنها صواب أو خطأ ولكنها
تقيم من ناحية دلالتها على شخصية المعوص ، على اعتبار أنها
إسقاطات لمشاعره ورغباته ومشكلاته على مدرك خارجي وهو
مواد الاختبار .

وهناك تسميات مختلفة للاختبارات التشخيصية يذكر منها
التقسيم التالي :

١- اختبارات الشخصية:

وتنقسم إلى اختبارات الشخصية التي تهتم بقياس جوانب أو
أكثر من جوانب الشخصية كقياس المخاوف ، والاضغوط النفسية ،
والاحترق النفسي ، واضطرابات الأكل وغيرها.

- اختبارات الميول والاتجاهات.

- اختبارات تعتمد على التقرير الذاتي : مثل قائمة أيزنك
للشخصية ، وقائمة ويلوي للميل العصبي ، واختبار
مينسوتا (اختبار الشخصية متعدد الأوجه) .

٢- الاختبارات العقلية والمعرفية : التي تهتم بدراسة الجوانب العقلية
لل فرد كالذكاء والقدرات العقلية : مثل اختبار وكسلر للراشدين
واختبار وكسلر للأطفال ، واختبار بييه ، واختبار الذكاء
المصور ، واختبارات القدرات العقلية .

٣- الاختبارات الإسقاطية : أو ما يطلق عليها الاختبارات الإكلينيكية
والتي قسمها لويس مليكة إلى .

- اختبارات تعتمد على الأسلوب البنائي التكويني ، مثل
اختبارات : للكات ، والقات ، والسمات (اختبارات تفهم
الموضوع) .

- اختبارات تعتمد علي التداعي : مثل اختبار الوروشاخ واختبار تداعي الكلمات لربايورت .
 - اختبار الرسم الإسقاطي : مثل اختبار رسم الرجل والشجرة والمنزل HTB ، واختبارات رسوم الأطفال .
 - اختبارات القصص : تجميع القصص ، تكوين القصص .
- وسوف يتم عرض موجز لبعض هذه الاختبارات الشخصية والإسقاطية .

الفصل الرابع

نماذج من أدوات التشخيص الفارقي

التي يستخدمها الإكلينيكي

أولاً: الاختبارات الإكلينيكية.

ثانياً: الاختبارات الميكومترية .

أولاً: الأدوات الإكلينيكية

١- اختبار تفهم الموضوع للأطفال : C.A.T يعتبر هذا الاختبار وسيلة إسقاطية ، أو وسيلة للإدراك الداخلي للبحث في الشخصية وذلك بدراسة للمعاني الدينامية للفروق الفردية في إدراك المثيرات المعيارية.

وقد صممت البطاقات لكي تختبر عدة مشاكل خاصة بالأطفال تدور حول مصاعب الأكل بخاصة والمشاكل القمية بعمامة ، وكذلك مشاكل التناص بين الأخوة والأخوات ، واستجابات الأطفال حول الموقف الأوديسي ، ويرغب بيلاك من ذلك دراسة لبنية الطفل ودفاعاته ودينامياته ومعالجة مشكلاته القامية ، وهذا الاختبار يهتم بالمحتوي الخاص بالاستجابة ، والكشف عن دينامية العلاقات بين الأشخاص (مثل اختبار TAT)

ويذكر بيلاك بأن هذا الاختبار ذات فائدة إكلينيكية في تحديد العوامل الدينامية التي تتصل بسلوك الطفل في الجماعة ، وفي المدرسة أو في الحصانة ، أو تجاه الأحداث داخل الأسرة.

ويتألف الاختبار من عشرة لوحات تتمثل في صور حيوانات ، ذلك لأن الحيوانات بالنسبة للطفل يمكن أن يتعامل معها بسهولة أكثر من التعامل مع الإنسان ، ويطلب من الطفل كتابة قصة عن اللوحة المرسومة أمامه.

ويجب علي الكلينيكي أن يكون ألفة وإيجابية مع الطفل قبل تطبيق الاختبار ويجب عليه ملاحظة تعبيرات الطفل وانفعالاته.

٢- اختبار تفهم الموضوع T.A.T :

ابتدع هذا الاختبار موراي ومورجان Murray and Morgan وهو اختبار إسقاطي يتكون من ثلاثين لوحة ، تشتمل كل لوحة فسي للغالب علي منظر به شخص. أو جملة أشخاص فسي مواقف غير محددة ، مما يسمح بإدراكها علي أنحاء مختلفة ، وبينها لوحة ييضلء ، بعض اللوحات خاصة بجميع النكسور ، وتحمل الرمز (BM) وبعضها الآخر خاص بالذكور فيما فوق ١٤ سنة وتحمل (M) ، بينما بعضها خاص بالذكور تحت ١٤ سنة وتحمل الرمز (B) وهناك لوحات خاصة بجميع الإناث وتحمل الرمز (GF) وبينما توجد لوحات خاصة بالإناث فيما فوق ١٤ سنة وتحمل الرمز (F) ، وبعضها خاص بالإناث تحت ١٤ سنة وتحمل الرمز (G) ، نطلب إلي الشخص (المفحوص) أن يبتدع قصة عن منظر اللوحة ونفهمه أن القصة لابد أن تتطوي عل ماض نتيين منه ما حدث حتى أصبح للموقف علي ما هو عليه الآن ، كما لابد وأن تحتوي القصة علي نهاية توضح ما ينتهي إليه الأحداث.

ويري " مخيم " أنه ينبغي أن تكون الإجابة كتابة ، لما ينطوي عليه الشطب والخطأ والتصحيح من دلالة إلي ما يمكن أن تتطوي عليه من دلالة اختيار عنوان لكل قصة ، وبالإضافة إلي ذلك ينبغي تسجيل ملاحظات عن السلوك الإجمالي للشخص ، وعن فقرات التردد أو الصمت وعلامات الدهشة والتعليقات المختلفة ، ويمكن بعد الانتهاء من الاختبار أن نستوضح من الشخص ما نري ضرورة استضاحه من نقاط ، ولابد لفهم الإجابات وتشخيص الحالة أن نطلب من الشخص الكثير من المعطيات عن تاريخ حياته ، وينبغي أن ننظر إلي الإجابات وسلوكه للشخص بحسابها وحدة كلية وتكون فكرة هذا

الاختبار حول تقديم عدد من الصور للعامة نوعاً ما ، ودعوة المفحوص إلى تكوين قصة أو حكاية تتعلق بما يدور بالصورة ، وتحدث عن أحوال الأشخاص والأحداث التي تجري فيها ، ثم يقوم الكلينيكي بدراسة ما يقدمه المفحوص ، ويحاول أن يبلغ منها ما يمثل في نفسه من ميول ورغبات وحاجات مختلفة.

والأساس الذي يقوم عليه هذا الاختبار هو أن " القصص التي يعطيها المفحوص ، تكشف عن مكونات هامة في شخصيته على أساس نزعتين:

الأولى: نزعة الناس إلى تفسير المواقف الإنسانية الغامضة من خلال خبراتهم الماضية ورغباتهم الحاضرة وآمالهم المستقبلية.

والثانية: نزعة كثير من كتاب القصص أن يعترفوا بطريقة شعورية أو لاشعورية للكثير مما يكتبون من خبراتهم الشخصية ، ويعبرون عما يدور بأنفسهم من مشاعر ورغبات (سيد غيوم وهدي براده).

ومهما يكن من أمر فإن كل الباحثين يتفقون على أن اختبار أنفسهم الموضوع يمكننا من الكشف عن جنبا ت شخصية للمفحوصين بكل مستوياتها الشعورية واللاشعورية وبكل مجالاتها على تعددها وتنوعها.

ويقدم (لندري Lindzey) الأساس الذي يقوم عليه اختبار أنفسهم الموضوع ، فبعد ما يرينا أن الاستجابات تكشف عن الأنماط الاستجابية المميزة للفرد عندما يكون المثير واضحاً ومحدداً بينما تكون هذه الاستجابات جد فسيحة غير محددة عندما يتسم المثير بشيء من الغموض ، ينتقل إلى الفكرة الصحيحة التي يقوم عليها الاختبار الاسقاطي فيقرر أنه " إذا تحرر موقف الاستجابة من قيود الواقع

المألوفة ، فإنه يمكن استئثاره للزعات الاستجابية التي يتردد في الاعتراف بها ، والتي قد لا يكون واعياً بها ، فضلاً عن الزعات الاستجابية التي يعرفها والتي لا يتردد في الاعتراف بها " فالاستجابات المعنوية والممكنة لا ترجع وحسب في رأيه إلى الدوافع والخصائص الثابتة ، بل ترجع أيضاً إلى عمليات وسيطة Intervening مثل دفاعات الفرد وطرأه المعرفي ، هذا إلى عديد من العوامل تسهم في رأيه جزئياً في تحديد استجابة المفحوص ، من قبيل الحالات الانفعالية الوقعية مثل الحزن والإحباط وعوامل القدرة والأداء مثل الذكاء العام ، والسهولة اللفظية ، وكذلك عوامل المنبه مثل اللون والحجم والمضمون بالإضافة إلى الأنماط الاستجابية Response set مثل السرعة والدقة.

ولما المعنى الذي يضيفه المفحوص فإن (لنذري) يرى أنه يؤثر في تحديد أنماط الاستجابة ، وفي تحديد الحالات الانفعالية ، هذا إلى كثرة من العوامل الأخرى تلعب دورها في تحديد الاستجابة ، فالعلاقة بين الفاحص والمفحوص ، وكذلك الموقف التمييزي الذي يطبق فيه الاختبار ، وخبرات الحياة التي تعرض لها المفحوص في الماضي وخبرات المفحوص بالاختبارات السيكولوجية ، بالإضافة إلى العوامل الإجرائية المختلفة مثل تعليمات الاختبار.

ولا ينسى " لنذري Lindzey " الأطر المرجعية في تأثيرها على هذه الاستجابات ، وتعني الجماعات التي ينتمي إليها الفرد ، والتي تؤثر في تفسيره لموقف الاختبار وفي أدائه.

وفي نقاشه الثلاث عشرة التي يوردها " لنذري " يرى أن الفرد قد يعبر عن بعض نزعاته بصورة غير مباشرة ورمزية ، كما يربطها

ارتباط الاستجابة بدوعية الموقف ، وغير ذلك من الأمور الجريئة والدقيقة المتعلقة بالاختبار (لندري Lindzey).

أهم الطرق في تحليل الاختبار وتفسيره:

إن إجراء الاختبار وتطبيقه ليس مشكلة ، لأن كثيراً من المفحوصين يساهمون بإدارة طيبة في إجراء الاختبار ، خصوصاً ما بعد التغلب على المقاومة الأولى التي تظهر في بداية الإجراء ، لكن المشكلة هي في تفسير المادة التي يعطيها المفحوص ، قد أشار (موراي) Murray إلى أن تفسير الاختبار يتطلب الثقة والخبرة ، والواقع أنه كلما ازدادت خبرة الفاحص بالاختبار وحسن إعداده من الناحية النفسية ، وإلمامه بالأمراض النفسية والعقلية ، ومبادئ التحليل النفسي كان أكثر علي القيام بعملية التفسير ومنقدم هنا بعض طرق التفسير:

١- طريقة موراي:

يهتم موراي (Murray) على وجه الخصوص بتحليل محتوى القصة ، وتحليل المحتوى الذي يشير إليه موراي ومن يتبعون طريقته ، هو محاولة الوقوف على الموضوعات الغالبة " قيمات " في قصص كل شخص والموضع عندهم هو (التكوين الديناميكي للحكاية أو هو عقدة القصة) وتكون هذه الموضوعات حول بيان:

١. البطل الرئيسي الذي يتوحد الفرد مع شخصيته في القصص

٢. الحاجات التي تدفع حُرّ العصاة والقوي التي تتطوي عليها نفسه

٣- المضغوط أو للعوامل البيئية والمؤثرات التي تؤثر في الفرد

(Lazarus & Shaffer).

والتفصيل نلك يقول:

١-البطل الرئيسي الذي يتوحد الفرد مع شخصيته: وهو الشخصية التي تحظى بمعظم الحديث عنها في القصة ، والتي يصف احساساتها ومشاعرها ، أو الشخصية التي يري للفرد نفسه يتوحد معها.

ومن السهل تمييز البطل ، في عدد كبير من القصص قد لا نجد سوى شخصية واحدة ، هي التي تقوم بالدور الرئيسي إذا ما قورنت ببقية الشخصيات التي تشملها القصة.

وقد يحدث في بعض الأحيان أن يحتل عدد من الشخصيات المركز الرئيسي في القصة ، فيتوحد المفحوص مع أحدهم ، أو قد يحدث أن يتوحد مع شخصية أكثر من واحد ، ويشير (موراي) في هذا الصدد علي أن هناك نزعات متعارضة قد توجد لدي المفحوص ، ويمكن أن تتمثل في وجود شخصين مختلفين ، وغالباً ما تكشف مهمة البطل وميوله وقدراته عن الصفات القائمة أو التي يرغب الفرد في تحقيقها.

٢-الحاجات الرئيسية للبطل: من الحاجات التي يعطيها موراي أهمية كبيرة في التفسير:

أ-تجنب الأذى.

ب-البحث عن الكمال.

ج- العدوان ضد العالم الخارجي.

د- السيطرة.

هـ - العدوان للموجه ضد الذات.

و- الاستجداد والشفقة.

ر- السلبية.

ز- الجنس.

٣- الضغوط أو العوامل البيئية والمؤثرات التي تؤثر في الفرد: أعطي (موراي) للضغوط والعوامل البيئية التالية أهمية:

أ- النزعات الاجتماعية

ب- العدوانية.

ج- السيطرة.

د- العطف.

هـ- البعد .

و- الحرمان والفقر.

ي- الأخطار المادية.

ومن الواضح أن هذه الكثرة من العوامل وتداخلها وتشابكها تتعارض مع مبدأ الاقتصاد كما يعتبره المنهج الكلاسيكي ، فعندما يكون التلويح راجعا إلى كثرة من المبادئ أو التصورات ، أو المفاهيم التفسيرية يكون في حقيقة الأمر علطلاً من كل فائدة إن لم يكن مستحيلاً ، غير أن هذه العوامل لا ينبغي النظر إليها على أنها أكثر من مؤثرات ورؤس موضوعات تعين الكلاسيكي غير المتمرس فهي بداية عمله في هذا المجال ، فتهدى خطواته الأولى وتبنيه إلى ما قد يفشل عنه من عوامل ومؤثرات واحتمالات.

٣- اختبار تداعي الكلمات Word - Association Test

" يعتبر تداعي الكلمات من الاختبارات الأسقاطية التي تستخدم

اللغة كمثير ، وأعدده رابابورت وحيل وشايفر Schafer, Rapaport, Gill, ويتكون الاختبار من (٦٠) متين كلمة ، وتقدم القائمة في

العادة شفوياً ، كما يجري الاختبار فريداً ، نظراً لما يتطلبه من قياس الزمن لكل كلمة ، وملاحظة حركات المفحوص ، وإثارته ، وما قد يحدث من توقف أثناء إجراء الاختبار " (سيد غيم ، وهدى براده) .

وقد ميز الباحثون بين بولحي للشكل والمحتوي في استجابات للتداعي وأن لكل منها خصائص معينة ، والتي يمكن من خلالها معرفة حدوث اضطرابات للتداعي ، ويبدو ذلك واضحاً من التعرف على طريقة ريلبورت في إجراء الاختبار على النحو التالي :

طريقة إجراء الاختبار Administration :

يتم إجراء الاختبار في ثلاث مراحل: تختص المرحلة الأولى باختبار التداعي Word- Association Test ، والثانية خاصة بإعادة الإنتاج Reproduction ، أما للمرحلة الثالثة فهي مرحلة التحقيق Inquiry ، وتأتي بعد ذلك مرحلة التغيير لنتائج الاختبار Scoring المرحلة الأولى: يستجيب فيها المفحوص لكلمات المنير ، بأول كلمة ترد إلى ذهنه (طبقاً لتعليمات الاختبار) بعد سماع كلمة المنير ، ويسجل الفاحص في كل مرة الكلمة التي استجاب بها المفحوص ، وكذلك زمن الرجوع.

المرحلة الثانية: يقوم الفاحص بإعادة نفس الكلمات على المفحوص ، ويطلب منه أن يستجيب بنفس الكلمات التي استجاب بها أول مرة بسرعة ، ويحسب الفاحص زمن الرجوع الذي يستغرقه المفحوص هذه المرحلة كذلك ، كما يقوم بتسجيل الاستجابة الجديدة إذا حدث لاختلاف بينها وبين الاستجابة الأولى. (ريلبورت وآخرون ، Rapaport et al).

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة التحقيق ، ويتم بعد إعادة الإنتاج وتهدف إلى

أ- توضيح ما إذا كان المفحوص قد أخطأ في فهم كلمة المثير وإذا حدث ذلك ، فماذا سمع؟

ب- توضيح العلاقة بين كلمات المثير وكلمات الاستجابة ، ليس فقط لغموضها للفاحص ، بل أيضاً لاتحراف (حيود) العلاقة الواضحة للأسماء الإدراكية التي تحدث استجابات شائعة.

ج- توضيح أسباب طول زمن الرجوع أو الفشل في إعطاء استجابة ملاه هل هناك فكرة لا يرغب المفحوص في التعبير عنها ، بحيث يؤدي ذلك إلى عرقلة الاستجابة وإطالة زمن الرجوع ، وأحياناً تكشف مثل هذه التحقيقات عن ظهور بعض الاستجابات الجنسية أو غير المقبولة اجتماعياً في بيئة الشعور.

د- توضيح ما إذا كان الفشل ناتجاً عن فشل حقيقي ، أو لعدم اتباع التعليمات أو لمحاولة المفحوص تحسين هذه الاستجابات (المرجع السابق).

التقدير Scoring يوضح الباحثون إمكانية تحديد أنواع اضطرابات التداعي التي تحدث في عملية التداعي خلال العمل الكليبيكي اليومي ومنها:

١- التوقف (العرقلة): وعدم القدرة علي إعطاء لئة استجابة.
٢- التسمية: إعطاء أسماء للأشياء الموجودة بالاختبار ، رغبة في التخلص من الموقف.

٣- محاولة تقديم تعريفات: أي كلمات متعددة ، وهذا خروج عن تعليمات الاختبار.

- ٤- التكرار: أي تكرار نفس كلمة المثير (ثدي - ثدي).
- ٥- التكرار الجزئي: أي تكرار كلمة المثير أو جزء منها (ولد صديق صديق).
- ٦- ترابطات الرنين: ويحدث فقط عندما لا يوجد إحماساً بالغاً بين الكلمتين. (Weef - Beef).
- ٧- تكملة الجمل. الاستجابة بتكملة كلمة أو جملة تكون كلمة المثير جزء منها.
- ٨- إعطاء الصفات: حيث تكون الاستجابة صفة المثير (اسرة - جميلة) (منضد - خشب).
- ٩- الاستجابة بالصور (الخيالات): أحيانا ما تكون الاستجابة صورة مرئية لكلمة المثير وقد تستخرج بالتحقيق.
- ١٠- الصور المشوشة (موضع الشمك): أي الاستجابة موضع الشمك وغير المؤكدة.
- ١١- الإشارة إلى الذات: (والد - والدي) (صديق - ليس لي صديق).
- ١٢- المداومة (الإبقاء) ومنها:
- أ- تكرار نفس الاستجابة التي لا تتناسب مع كلمات المثير
- ب- تكرار نفس الاستجابة لأغلب أو كل كلمات المثير التي بينها علاقة (أب - شخص).
- ج- الاستجابة لكلمة مثير بكلمة مناسبة لها (لحم - طعام).
- د- الاستجابة لكلمة مثير مناسبة بكلمة الاستجابة الواضحة (زوج - خريف) (ماء - ربيع).
- ١٣- الاستجابة بكلمات متعددة وتكون منفصلة عن بعضها (حفلة - أصدقاء كثيرون).

١٤- الاستجابات عديمة الارتباط ، أي التي لا تربطها بالمتغير أي رابطة (كتاب - فزويلا).

١٥- الاستجابات بعيدة الارتباط جدا (استثناء - ضياع) (صديق - قوي).

١٦- الاستجابات متوسطة البعد ، ولكنها خارجة عن نطاق الاستجابات العادية.

١٧- نيولوجيزم (لغات خاصة) مثل (علاقة - إعادة إنتاج).

١٨- استجابات انفعالية: غالبا صفات (أم - حلوه) (حركة الأمعاء - غثيان).

١٩- أسماء الأعلام: (صديق - جون).

٢٠- استجابات اختيارية: إعطاء أكثر من استجابة.

٢١- الاستجابات المبتذلة (العامة): ابتداء من الاستجابات الجنسية الدارجة إلى الاستجابات غير المقبولة اجتماعيا.

٢٢- سوء سماع كلمة للمثير.

٢٣- عدم معرفة معنى كلمة المثير.

أما الاضطرابات التي تظهر أثناء إعادة الإنتاج فهي:

أ- الاستدعاء (الاسترجاع) الخاطئ غير المرتبط ، ويأخذ أشكالا مختلفة منها:

١- تباعد كبير بين كلمة الاستجابة الأصلية (الأولي) وكلمة الاسترجاع (حب ، هياء).

٢- استجابة يكون جنسها عكس الجنس الاستجابة الأصلية (أب - أم ، امرأة - رجل).

٣- انحراف (حيود) في التفسير (صدر - قميص - امرأة) (ربيع - مرونة - ماء).

٤- استجابة بكلمة عكس الحالة المراجية (ضحك - صراخ)

٥- استجابة متعددة الكلمات ، أو تعريف أو أي نوع آخر من الاستجابات غير العادية.

٦- استجابة بكلمة عامية (شائعة) (قضيبي - رجل - عصو)

ب- الاستدعاء الخاطئ المرتبط بالكلمة المثيرة (كرسي - جنوس - معقد) (ربيع - ماء - نافورة).

ج- لا استدعاء إطلاقاً.

د- تأخر الاستدعاء.

هـ- استدعاء جزئي.

و- استدعاء خاطئ مع تصحيحه فوراً (كلب - قط - حيوان - لا لفلة).

وعند تطبيق الاختبار في الناحية الكلينيكية ، يرود الباحثون بالكثير من المعلومات ، فالاستجابة الخاصة جداً ، أو البعيدة جداً عن المألوف ، قد تصبح في ذاتها دليلاً على أن كلمة المثيرة قد لمست نقطة حساسة في فكرة المفحوص (أب - طاعية): وقد تحدث كلمة مثيرة اضطرابات في التداعي يكشف عن أن الكلمة قد لمست منطقة صراع عند الفرد ، كما تكشف في نفس الوقت عن طبيعة هذا الصراع داخل النفس ، فعند الاستجابة الكلمة المثيرة " روجة " بكلمة " شك " فإن هذه الاستجابة تكشف ليس فقط عن صراع لدى الفرد ، بل تكشف أيضاً عن طبيعة هذا الصراع ونوعه.

خصائص الشكل والمحتوي في استجابة التداعي

أولاً: الخصائص الشكلية لاستجابة التداعي:

Formal Characteristics of the Association Reaction

أ- الاستجابات القريبة (الملتصقة) Close Reaction

تعتبر الاستجابات القريبة ذات اضطرابات في التداعي ، نتيجة عن الإعاقة في العملية الأساسية للتفكير ، ويحدث ذلك ليعبر عنه في الاستجابات التي يصعب قريبا من " للكلمة المثير " حيث أنه في الحالة التحليلية تمر العملية خلال مكونات فكرة المثير ، ولم تمر بباقي الأقسام الأخرى وتندرج الاستجابات القريبة في شمل هرمي كالآتي:

- ١- عندما يستجيب المفحوص بنفس كلمة المثير .
- ٢- عندما يعطي المفحوص تعريفاً لكلمة المثير مكوناً من عدة كلمات (منزل - للمعيشة فيه).
- ٣- عندما يستجيب المفحوص بنفس كلمة المثير ، ثم يجمعها للذات (منزل - منزلي).
- ٤- عندما تترابط كلمة للمثير مع كلمات أخرى (نار - رجل المطافي).
- ٥- عندما يستجيب المفحوص بكلمة استجابة تكون صورة لكلمة المثير (منزلي - صورة للمنزل).
- ٦- عندما يستجيب المفحوص استجابة تعسفية ، أي ترتبط بكلمة المثير بطريقة غير عالية.
- ٧- عندما يستجيب المفحوص استجابة عديمة الحساسية.
- ٨- عندما تحدث استجابات الرنين.

٩- عندما يستجيب المفحوص بأشياء موجودة داخل غرفة الاختبار.

ب الاستجابات البعيدة Distant Reaction

تشير الاستجابات البعيدة هنا إلى للتدخل في مرحلة التجمع داخل العمالة العقلية الراهنة ، وتتسلسل هذه الاستجابات البعيدة فسي شكل هرمي على النحو التالي:

- ١- الاستجابات البعيدة في علاقتها بالمشير (كتاب - تركيا).
- ٢- استجابة متوسطة البعد ، حيث للترابط الضعيف بينها وبين المشير ، وقد يدركها الفاحص ويدركها المفحوص.
- ٣- استجابات ذات ترابط غامض (مبهم) وتعني أحياناً (طعام - رقص).
- ٤- استجابة يثبت أثناء التحقيق أنها ذات حساسية شخصية (منزل فارغ) (استمضاء - ضياع).
- ٥- استجابات ذات ترابط سطحي (كرسي - منزل) (ضرائب - حرب).

ج- محتوى الاستجابة المستدعاة:

The Content of the Association Reaction

اعتبر الباحثون أن اضطرابات محتوى التداعي ، واحداً من اضطرابات التداعي (الشكلية) ويشير لاضطراب المحتوى إما إلى كلمات المشير ، أو إلى كلمات الاستجابة ، وتظهر اضطرابات المشير في أشكال ثلاثة هي:

- ١- قد يتجاهل المفحوص معرفة كلمة المشير وهذه ضعيفة ، أو أنه لا يجد لها تسمية مناسبة في نفسه ، وهذه الكلمة ليست خاضعة

للصدفة ، ولكن تشير إلى تمركز سلسلة من المصعوبات والكبت داخل جهاز الأفكار الذي يجعل المفحوص يتجنبها (مهبل - اسماء).

٢ - سوء فهم (إساءة فهم) كلمة المثير ، وهذا ضعيف ، وقد يرجع لضعف النطق لدى الفاحص ، وقد يحدث عن اضطراب عام في الانتباه ، وغالباً ما يتكرر حدوثه لكلمات معينة لصعوبة وجدانية خاصة تتركز في محتوى الكلمة.

٣- وأخيراً ، فإن أي اضطراب آخر في التداعي قد يدل على أن الكلمة المثير ممثلة لحالة من تصارع الأفكار ، على أن كثيراً من هذه الاضطرابات يرجع إلى عملية التعميم الزائد ، وإلى اضطراب في عملية الإبقاء (الداومة) وقد يحدث في تحليل المحتوى أن المفحوص يستخدم أسماء مناسبة ، وألفاظاً خارجة عن المؤلف (عامة) ، فيستجيب بأسماء نادرة ما تكون دالة على استجابات قريبة ، وقد يكون الاسم المستخدم من عالم المفحوص الشخصي ، وفي أوقات قد تكون الاستجابات البعيدة ذات شكل غامض ، ويكون الاسم غير مناسب تماماً لأن يستخدمه كاستجابة ، ونادراً ما تحدث الاستجابات العامة - ماعدا كلمات المثير ذات المصنوع الشرجي والجنسي - ولكن يشيع حدوثها في الذهان ، فلا تلاحظ وجود استجابات عامة تستجيب بها سيدة ماعدا حالات الذهان ، والداعرات ، ونوات الشخصية قبل القسامية ، والأفسرد ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتوسط والمنخفض ، وأيضاً ذوي المستوى التعليمي المتوسط.

د - اضطرابات إعادة الإنتاج لاستجابات التداعي:

Disturbances in the Reproduction of the Associative Reaction:

تبدو في:

- ١- الفشل في إعادة الإنتاج.
 - ٢- التأخر في الاسترجاع.
 - ٣- تباعد (اختلاف) الاستجابة عن الأولي إلا أنها مرتبطة بها.
 - ٤- تباعد (اختلاف) كامل عن الاستجابة الأولي.
 - ٥- تباعد (اختلاف) الاستجابة الأولي ثم يصحح فوراً (في الحال).
 - ٦- اختلاف زمن الرجوع عن الزمن الأول.
- ويفسر الاختلاف الكبير عن الاستجابة الأولي ، علي أنه اضطراب في تنظيم التفكير بصفة عامة ، وأيضاً في الإطار المرجعي للذاكرة بصفة خاصة ، وفي الظروف العادية ، فإن ما يحدث في إعادة الإنتاج يشبه (يمثل) ما يحدث في أي تذكر للمعني أنه في اختبار إعادة استحضار كلمة المثير ، تأخذ العملية العقلية (للتذكير) في الظروف العادية نفس الاتجاه الذي أخذته في الاستجابة الأولي لكن الفشل في إعادة الإنتاج وأيضاً التأخر في الاسترجاع يفسر كالآتي: لو أن كلمة المثير كانت تمثل مجموعة من الأفكار المكتوبة فإن ما قد يترتب علي ذلك كبت لمجموعة من الاستجابات المحتملة والمرتبطة ، وعندما تمر خلالها العملية العقلية ، نجدها تتأخر حتى نجد كلمة الاستجابة المناسبة نسبياً ، وفي الوقت ما بين الاستجابة الأولي وبين إعادة الإنتاج هذه ، يحدث كبت للاستجابة الأولي وبذلك تحضن الاستجابة لنفس عملية الكبت ، ويبدو ذلك واضحاً نفسه إما في حالة الفشل في إعادة الإنتاج لو أن الكبت ينجح جزئياً فقط أو في تأخر الاستجابة للمرة الثانية (إعادة الإنتاج) وفي هذه الحالة يحدث أن حالة

الشخص الانفعالية ، يتم تحطيتها في الحالة الأولى ، ثم تتحرف أكثر وتخرج إلى الأمام مسببة حدوث التأخير في الاسترجاع.

٤- اختيار بقع الحبر (رورشاخ):

لقد ظهرت أهمية اختبار رورشاخ في الكشف عن النواحي المرضية والمعاونة علي اللقوام بعملية التشخيص ، وعرف الأطباء والعليون والمهتمون بالدراسات النفسية أهميته وقيمته ، ويتكلف الاختبار من عشر صور تتكون كل صورة منها من أشكال متماثلة علي نحو ما يحدث حين نلقي بنقطة حبر كبيرة علي ورقة بيضاء ، ثم نطبق الورقة ونضغط عليها قليلا فتخرج أشكال مختلفة متماثلة مع ذلك ، والسترتوب الذي تقدم به هذه الصور المفحوص تحده رغبة رورشاخ في إدخال نظام نفسي يكفل بقاء استشارة المفحوص علي أعلى مستوى ممكن.

ويعطي الاختبار صورة عن الجوانب الانفعالية لدي الفرد ، كما يمكن الكشف عن الذكاء والقدرات العقلية أو المعرفية ، ويحدد درجات اضطراب الفرد. وقد حدد صلاح مخيمر أبعاداً ثلاث أساسية للاختبار هي:-

١-التحديد المكاني: وتشير إلي للمنطقة التي يختارها المفحوص ، فالاستجابة إما أن تشمل البطاقة كلها وتصبح كلية أو تشمل جزء كبير من البطاقة أو جزء صغير.

٢- المحددات: وتشمل خمسة عوامل: الشكل ، اللوحة ، استجابات الحركة ، استجابات الظلال ، نمط الخبرة.

٣- المحتوى: ويشمل الاستجابة الإنسانية وتشمل الإنسان الكامل.

- أو جزء من الأسماء ونسبتها من (١٠ - ٢٠%) وانخفاضها عن هذا يشير إلى عدم الاهتمام بالناس.
- الاستجابات الحيوانية وتشمل الحيوان أو أجزاء والنسبة الحالية تشير إلى النمطية هي التفكير والاهتمامات المحدودة.
- الاستجابات التفسيرية وتشمل أجزاء مميزة من الجسم وتدل على الاهتمام البالغ لأجزاء الجسم ووظائفه.
- الاستجابات للمألوفة والابتكارية.
- تكون الاستجابات مألوفة إذا ظهرت مرة واحدة في ستة حالات ، والاستجابات للمألوفة تدل على امتثال واتساق تفكير الفرد مع الجماعة أو ممايرته للتفكير الجمعي ، بينما تدل قلتها علي عجز عن رؤية للعالم كما يراه الآخرون أما الاستجابات الابتكارية فلا تحدث إلا مرة في كل مائة حالة.
- ولأن هذه الأبعاد تمثل المبدأ الكلي للاستجابات ، ويعطي المفحوص العادي ما بين ١٥ - ٣٠ استجابة مع مراعاة ترتيب الاستجابات وتعلقها.

ثانياً: الأدوات السيكومترية (١٩٩٨)

١- مقياس صورة الجسم^(١)

أعد هذا المقياس لقياس متغير نفسي هام في الشخصية وهو صورة الجسم والتي تمثل الصورة الذهنية التي تكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيائية ، والخصائص الوظيفية (إدراك الجسم) ، واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص (مفهوم الجسم).

وإن هذه الصورة للجسم تتبع لدينا من مصادر شعورية ومصادر لاشعورية ، وتمثل مكوناً أساسياً في مفهومنا عن ذاتنا. وعليه تكون صورة الجسم في مفهومه الأشمل بأنه صورة ذهنية (عقلية) يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته علي توظيف هذه الأعضاء ، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر (أو اتجاهات) موجبة أو سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

وتشمل هذه الصورة الجوانب التالية:

- الجاذبية الجنسية.
- التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية.
- التآزر بين شكل الوجه وبقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية.
- المظهر الشخصي العام.
- التناسق بين الجسم والقدرة علي الأداء لأعضاء الجسم المختلفة.
- التناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوي التفكير.

^(١) جميع المقاييس الحادية عشر مشورة ككله في مكة النهضة المصرية ، القاهرة ، ٩ ش عبد الوهي من أعداد أ.د/ ريت شقر موقفة المرحع .

ويتكون المقياس من ٢٦ فقرة يجاب عنها إما بالموافقة أو غير الموافقة أو غير متأكد من مشاعره تجاه هذه الفقرة.
ويطبق المقياس بصورة فردية ، وكذلك بصورة جماعية.
ويمكن تطبيقه على كل من الأسوياء والشواذ معاً.
ثبات المقياس:

تم عمل ثبات للمقياس بعدة طرق:

- طريقة إعادة التطبيق Test - Retest

- طريقة التجزئة النصفية Half - Split

كما تم استخراج درجات معيارية ودرجات ثنائية لكل درجة من الدرجات للحام لعينة من الأسوياء ذكور ، وإناث كل علي حدة.
صدق المقياس:

أجري صدق المقياس بطريقتين:

أ-الصدق الظاهري.

ب-صدق التمييز.

٣- مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي

في البيئة العربية (مصرية - سعودية) (١٩٩٨)

أعد هذا المقياس لقياس المعتقد: بأنه معلومات ومعارف ، ومدرجات الفرد للعقاية عن موضوع أو شخص أو موقف معين ، تساعد في الوصف المحدد لهذا الموضوع أو الشخص أو الموقف.
ويشتمل هذا المقياس في صورته النهائية على (٤٠) عبارة عن المعتقدات حول المرض النفسي تقيس أبعاد معينة للمعتقدات حول المرض النفسي هي:

- طبيعة المرض النفسي.

- أسباب المرض النفسي.

- طرق العلاج من المرض النفسي.

- الشفاء من المرض النفسي.

- تأثير المرض النفسي علي أسرة المريض.

بعض عبارات المقياس صيغت بطريقة مثبتة والموافقة عليها تعبر عن معتقدات صحيحة وبعضها الآخر صيغت بطريقة مثبتة والموافقة عليها تعبر عن معتقدات خاطئة ، كما أن هناك عبارات صيغت بطريقة منفية والموافقة عليها تعبر عن معتقدات صحيحة ، إضافة لعبارات صيغت بطريقة منفية والموافقة عليها تعبر عن معتقدات خاطئة.

- تعطي فقرات المقياس درجات صفر ، ١ ، ٢ حيث أن الفقرات المثبتة والتي تعبر الموافقة عليها عن معتقدات صحيحة (مؤيد) (٢) ، محايد (١) ، معارض (صفر) والعكس صحيح للفقرات المثبتة والتي تعبر الموافقة عليها عن معتقدات خاطئة.

نقنين المقياس:

تم نقنين المقياس علي عينة مصرية (ذكور وإناث) وعلي عينة أخرى سعودية.

- تم حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي بين أبعاد المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس ، وكذلك بينها وبين بعضها لبعض.

- تم حساب معامل الثبات للمقياس الكلي وكذلك للمقاييس الفرعية.

كما تم حساب الثبات أيضاً بطريقة إعادة التطبيق.

ولذلك العينة المصرية والعينة السعودية من الجنسين كل علي حدة.

كما تم استخراج الدرجات الثابتة للذكور والإناث لكل من العينة

المصرية والعينة السعودية.

٣- مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي (١٩٩٨)

في البهجة العربية (مصرية - سعودية)

يعرف الاتجاه إجرائياً: بأنه حالة وجدانية لدى الفرد توصح درجة قبوله أو رفضه لموضوع معين (موضوع 'الاتجاه') ، ينتج عن خبرات سابقة لدى الفرد تتعلق بموضوع الاتجاه ، وحاصلة معتقداته ومعارفه تجاه هذا الموضوع ، وما واجه الفرد من ثواب أو عقاب ، وتدفع هذه الحالة بالفرد إلى إصدار سلوك إيجابي نحو الموضوع ، أو سلوك سلبي ضد الموضوع ذاته (أي قبول أو رفض الموضوع) ويتمثل الاتجاه الإيجابي في الدرجة المرتفعة على مقياس الاتجاه المستخدم ، كما يتمثل الاتجاه السلبي في الدرجة المنخفضة على المقياس المستخدم.

وقد تم إعداد هذا المقياس لقياس الاتجاه نحو المرض النفسي.

- يشمل المقياس في صورته النهائية (١٦) عبارة عن الاتجاه نحو المرض النفسي ، تم صياغة العبارات التي تعبر عن الاتجاه السالب نحو المرض النفسي ، وكذلك العبارات التي تعبر عن الاتجاه الموجب نحو المرض النفسي ، وروعي للتنوع في صياغة الفقرات لغوياً لتحاشي الاستجابات النمطية من المفحوصين ، ولذا قد صيغت العبارات على النحو التالي:

- فقرات صيغت بطريقة مثبتة والمواقفة عليها تعبر عن اتجاه إيجابي.

- فقرات صيغت بطريقة مثبتة والمواقفة عليها تعبر عن اتجاه سلبي

- فقرات صيغت بطريقة منفية والمواقفة عليها تعبر عن اتجاه إيجابي.

- فقرات صوغت بطريقة منفية وللموافقة عليها تعبر عن اتجاه سلبي.
ويمكن تطبيقه بصورة فردية وكذلك بصورة جموعية على كل من
الأسياء والشواذ معا.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات للمقياس بعدة طرق هي:-

- استخدام معامل ألفا.

- إعادة التطبيق.

صدق المقياس: أجري حساب للصدق للمقياس بطرق:

- صدق للمحك.

- الصدق الظاهري (صدق المحكمين).

- للصدق التمييزي.

وقد أجري حساب الصدق والثبات على عينة سعودية ، وأخري
مصرية من الجنسين وتم حساب الدرجات المتوقعة للعينة المصرية ،
والعينة السعودية كل على حدة.

٤- مقياس قلق الموت (١٩٩٨)

القلق ظاهرة عامة في حياتنا اليومية يخبره الناس بدرجات مختلفة
في الشدة وفي مظاهر متباينة من السلوك ، ومن ثم يمكن فهمه على
أساس متصل بين حالات السواء والانحراف (طلعت منصور).

ويعتبر قلق الموت أشد مثيرات القلق لدى الإنسان ، وعلى
الأخص إنسان هذا العصر الذي زاده التقدم المادي تشيئنا بالحياة.

وقد توصل باتيمور إلي أن مظاهر قلق الموت عن المحتضر
هي: الخوف من المجهول ، الخوف من الوحدة ، الخوف من الضعف ،
الخوف من فقدان الأسرة ، الخوف من فقدان الأصدقاء ، الخوف من

فقدان الجسم ، الخوف من فقدان السيطرة علي النفس ، الخوف من فقدان الذات.

ويعرف قلق الموت بأنه حالة من الخوف الغامض المبهم تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت ، وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت ، أي أنه حالة انفعالية غير سارة عن استجابة الخوف الهائم عند الفرد تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت والتقدير العلي لموقف الموت ، وما ينتظره بعد الموت من مصير ، ويتحدد بالدرجة الكلية علي مقياس قلق الموت.

وقد تم إعداد مقياس قلق الموت في ضوء المظاهر سالفة الذكر لقلق الموت ، وبعد الاطلاع علي بعض المقاييس (رغم ندرتها) عن قلق الموت ، حيث تم طرح سؤال علي طلبة وطالبات الجامعة ، يطلب منهم وصف مشاعرهم الشخصية نحو الموت. وأصبح عدد عبارات المقياس في صورتها النهائية ٣٦ عبارة يجيب عنها المفحوص بنعم أو لا.

وتم حساب ثبات المقياس: بطريقتي إعادة التطبيق للمقياس ، وبطريقة التجزئة النصفية لعبارات المقياس.

وتم حساب صدق المقياس بطريقتي: صدق المحتوى ، وصدق المحك ، كما تم إعداد معايير ثائية للمقياس علي عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية كل حدة ، وعلي عينة من طلاب وطالبات الجامعة كل علي حدة.

٥- مقياس مواقف الحياة الضاغطة

في البيئة العربية (مصرية - سعودية) (١٩٩٨)

تعرف الضغوط النفسية بأنها مجموعة من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة والتي يتعرض لها الفرد في حياته ، وينتج عنها ضعف قدرته علي إحداث الاستجابة المناسبة للموقف ، وسأصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفسولوجية تؤثر علي جوانب الشخصية الأخرى.

وتتعدد أنواع الضغوط بتعدد مصادرها مثل ، الضغوط الأسوية ، الاقتصادية - الدراسية - الاجتماعية - الانفعالية - الشخصية - الصحية والتي تجمع فيما بينها الضغوط النفسية العامة لدي الفرد.

وقد تم إعداد مقياس الضغوط النفسية بعد الإطلاع علي بعض المقاييس المتاحة وبعد أن وجدت المؤلفة أوجه من القصور في إعدادها وتوصلت الباحثة في إعداد المقياس للنهائي إلي (٧٠) فقرة ، بحيث يقيس كل (١٠) فقرات مصدر من مصادر الضغوط النفسية المذكورة بعاليه ، وتكون الدرجة الكلية للمقياس ممثلة للضغوط النفسية العامة.

وتأخذ كل عبارة درجة تتراوح ما بين صفر - ٣ درجات ، وتمثل الدرجة المرتفعة علي المقياس ارتفاع معدل الضغوط النفسية لدي الفرد. وقد تم تقنين المقياس علي الينتين المصرية والسعودية.

وتم حساب الثبات بطرق: إعادة للتطبيق ، بحساب ألفا كرونباخ ، بالتجزئة تصفية.

كما تم حساب الصدق ، بطرق: الاتساق الداخلي بين أبعاد المقياس الفرعية وبعضها البعض ، وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس ، وكذلك بطريقة للصدق التلزامي.

كما تم عمل معايير للمقياس: علي عبات الذكور والإناث في البيئة المصرية وفي البيئة السعودية كل علي حدة.

٦- مقياس الاحتراق الداخلي (الإجهاد النفسي)

في البيئة العربية (مصرية -سعودية) (١٩٩٨)

تكمّن خطورة استمرار الضغوط النفسية في أثارها السلبية التي من أبرزها حالة الاحتراق النفسي التي تتمثل في حالات التملّص واللامبالاة وقلة الدافعية ، وفقدان القدرة علي الابتكار ، والقيام بالواجبات بصورة آلية تقتصر إلي الاندماج الوجداني.

ويطلق علي الاحتراق النفسي بأنه الاستنفاد العاطفي أو الانفعالي نتيجة الحمل الوظيفي الزائد ، أي أنه فقدان الاعتماد بالناس الذين يتعاملون معه كحدود فعل لضغوط العمل.

وقد تم إعداد المقياس الحالي بالاعتماد علي قائمة موصلائ للاحتراق النفسي ، ودراسة لي وآخر علي الأبعاد الثلاثة لمقياس موصلائ وهي: الاستنزاف الانفعالي ، قلة الإثية ، الانحياز الشخصي.

ويتكون المقياس في صورته النهائية من (٢٥) فقرة تُسأرواح الدرجة لكل فقرة ما بين صفر - ٣ درجات ، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين صفر - ٧٥ درجة.

وارتفاع الدرجة علي المقياس تعبر عن ارتفاع معدل الاحتراق النفسي لدي الفرد والعكس.

وتم حساب صدق المقياس: علي عينة من البيئة المصرية وعينة أخرى من البيئة السعودية بطرق: صدق المحكمين ، الصدق التلزامي ، صدق التمييز علي عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية والجامعة.

وتم حساب ثبات المقياس علي عينة مصرية وأخرى سعودية من الجنسين في مرحلتى الثانوي والجامعة بطرق: إعادة التطبيق ، التجربة النصفية.

كما تم إجراء معايير للمقياس علي عينة الذكور والإناث مصريات وسعوديات كل علي حدة.

٧- مقياس الحواجز النفسية

(الشائعة - الرغز - التوتر) (١٩٩٨)

تعتبر الحواجز النفسية عن حالات نفسية تنطلق من مشيرات ورواسب مختلفة لدي الفرد قد تعوق أهدافه وتوافقه ، وتعرب بأنها: حالات عقلية تتمثل في سلبية الفرد ، والتي لا يمكنه من التأثير بما حوله، وتمنعه من إنجاز أفعال معينة ، وتتمثل الآليات الانفعالية لهذه الحواجز النفسية في: خبرات ، ومواقف انفعالية سلبية مكتبة كالحجل ، التوتر ، الإحساس بالذنب ، الخوف ، القلق ، الإقلال من تقدير الذات ، ورفضها وعدم تقبلها ، والصلامة الزائدة نحو الذات ، والتأثر بما يعرفه عنها. يبدو من هذا التعريف تعدد المجالات التي تظهر فيها الحواجز النفسية ، والتي من أهمها الحواجز الثلاثة التي تمثل حجر الزاوية في الكشف عن الحواجز النفسية وهي:-

أ- الشائعة **Romour** وهي نوع خاص للاتصال بين الأشخاص تصبح خلاله قصة ما تعكس إلي حد ما أحداث معينة صادقة

وغير صادقة ، مألوقة لعدد كبير من الناس المختلفين ، وهي استعداد الفرد للاعتقاد بما يذكر من موضوعات بدون مستند يعرض عليه. وتتمثل في الصغوظ النفسية وعموض المعلومات الشخصية ، والأفراد المهمين على الفرد ، علوة على سرعة التصديق وما يتبعه من سطحية في التفكير .

ب- **الرفض (عدم التقبل) Rejection** وهو يمثل القطب المسالب للقبول أي يأخذ الاتجاه العكسي للقبول والرفض الذي يتميز بعدم الاهتمام والسلبية ، أي أنه يمثل اتجاهًا سلبيًا نحو فكرة أو عقيدة.

ج- **التوتر والانفعال Tension and Affect** هو استجابة لحادث وقع بالفعل ، وهو ينتقل بشكل ما إلى نتيجة الحادث ، والانفعال يمثل صراعا داخليا يمر به الفرد. ويتكون المقياس الحالي من (٤٥) فقرة بكل (١٥) فقرة منها تقسم بعد من الأبعاد الثلاث للحوالجز النفسية ، بينما تقسم الدرجة الكلية للمقياس معدل الحوالجز النفسية عند الفرد ، تتراوح الدرجة لكل فقرة من صفر - ٢ تم تطبيق المقياس على:

- ٤٠ مريضا بتشوهات جلدية مختلفة مناصفة بين الجنسين.
 - ٤٠ مريضا بروماتيزم القلب مناصفة بين الجنسين.
 - ٤٠ مريضا بالاضطرابات العصابية المختلفة مناصفة بين الجنسين.
 - ٢٠٠ من الأصحاء نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث.
- تم حساب صدق المقياس بطريقتي: الصدق الظاهري ، وصدق التمييز.

تم حساب ثبات المقياس بطريقة: إعادة التطبيق ، وقد ثبتت كفاءة المقياس في التمييز بين الفئات الكلينيكية المختلفة.

تم حساب الدرجات الثنائية لعينة من الذكور وأخري من الإناث على الدرجة الكلية للمقياس ، وكذلك لدرجة كل بعد من أبعاده الثلاث.

٨- مقياس اضطرابات الأكل (٣٠٠٠)

" الاضطرابات السيكوسوماتية "

تمثل ظاهرة اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه ، وهناك بعض العوامل النفسية والشخصية المرتبطة بتطور اضطرابات الأكل هي:-

- الحاجة الشديدة للإنجاز والكمال.

- اضطرابات المراقبة للهامة.

- اضطرابات صورة الذات أو صورة الجسم.

- الصراع لبناء الذات أو هوية الذات.

ويعرف بأنه اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظار في تناول الوجبات ، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام ، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده المحددة ، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد ، والذي قد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم. وتشمل اضطرابات الأكل: فقدان الشهية العصبي ، انهم (الشراه) العصبي ، اضطرابات الأكل غير المصنف.

وقد أعد المقياس الحالي لآين مارشال ، وهو يمثل تقريراً ذاتياً للفرد لقياس اضطرابات الأكل ، ويركز المقياس في بنائه على جوانب أساسية لاضطرابات الأكل: سلوك الأكل ، الوزن ، الشكل ، بعض

المفاهيم النفسية مثل عدم الثقة بالنفس ، ومخاوف النضج ، والوعي الذاتي. ويتكون المقياس من ٤٠ فقرة قامت المؤلفة الحالية بترجمتها إلى العربية ومراجعتها لغويا ثم طبق على عينة من طلاب وطالبات جامعة طنطا وتعطي كل فقرة درجة ما بين (١) ، صفر.

وتم حساب صدق المقياس: على العينة بطريقتي صدق التمييز ، والصدق التلارمي.

وتم حساب ثبات المقياس: على العينة المصرية بطريقتي إعادة التطبيق ، والتجزئة النصفية.

كما تم عمل معايير للمقياس: على عينة من الذكور وأخري من الإناث.

٩- مقياس فقدان الشهية العصبي

"الأنوركسيا"

الاضطرابات النفسية (٣٠٠٠)

إن فقدان الشهية العصبي يمثل عدم انتظام في تناول الطعام دائما ما يظهر في شكل (شبه جوع) ، وهو يوجد جزئيا وليس كليا في الفتيات المراهقات ويبدأ من سن البلوغ ، والشخص المصاب بفقدان الشهية يتضامل معه وزن الجسم تدريجيا ، وينتج عن شعور الجوع هذا إفراز هرمونات وتغيرات أخرى ، تؤدي إلى انخفاض درجة حرارة الجسم ، وانخفاض سرعة ضربات القلب ، وانخفاض استجابة المناعة وتوقف الدورة الشهرية (الذي الإناث) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متتالية.

ويصاحب فقدان الشهية مجموعة من الخصائص الكينويكية والتشخيصية والعضوية بجانب بعض الأعراض والمظاهر الشخصية والمزاجية.

وعند إعداد المقياس توصلت المؤلف إلى تحديد جوانب هامة يركز عليها بناء المقياس هي:-

- أ- عادات الطعام: رضه ، كراهيه ، الإقلال منه ، الصيام ، القيء ، التقيان ، استخدام الأدوية المسببة للفقدان الخ.
 - ب- القلق من زيادة الوزن ومحاولة إنقاصه.
 - ج- الأعراض الجسمية والمزاجية المصاحبة.
 - د- الانشغال الزائد بالشكل الخارجي وصورته الذهنية.
- ويتكون المقياس في صورته النهائية من ٢٣ فقرة (منها فقرة للإناث فقط) تتراوح الدرجة لكل فقرة من صفر -١.
- وتم حساب الصدق بطرق: الصدق الظاهري ، والصدق التلزمي ، وصدق التمييز.
- وتم حساب الثبات بطريقتي: إعادة التطبيق ، التجزئة النصفية ، كما تم استخراج الدرجة الثانية لعينة من الذكور والإناث كل علي حدة.

١٠-مقياس الشهه المصبج (٣٠٠٠)

"البوليميا"

"الاضطرابات السيكوسوماتية"

الشهه العصبي هو تناول العرضي غير المنظم والتفري السريع لكميات كبيرة من الطعام في فترة قصيرة من الوقت ، مع الشعور ببعض الآلام بالبطن ، والإحساس بالتقيان ، وما يصاحب ذلك من إحساس بالذنب ، وشعور بالقلق والاكتئاب واحتقار الذات ، وقد يلجأ

الشخص إلى استخدام المليونيات ، ومدرات البول بصورة منتظمة ، أو استخدام وسائل صناعية أخرى للتخلص من الكميات الزائدة من الطعام.

ويصاحب الشره العصبي مجموعة من السمات الشخصية والمزاجية والانفعالية ، وبعض الملامح الكالينيكية المميزة له والخاصة به.

وعند بناء المقياس الحالي تم تحديد المظاهر الجسمية والعضوية والخصائص للمزاجية والعادات السلوكية المصاحبة لحالة الشره ، وتوصلت المؤلف لثحدد جوانب هامة يرتكز عليها بناء المقياس هي:
أ- عادات الأكل: الإقبال للمتزايد علي تناول الطعام بشدة ، تعدد مرات تناول الطعام.

- الاهتمام للزائد بإعداد الطعام ، تنوع الطعام.

ب- الاحتفاظ بوزن الجسم ثابتا ، والقلق من زيادته.

ج- الأعراض الجسمية والمزاجية والذهنية المصاحبة لنوبات الشره.

د- الانشغال الزائد بشكل الجسم وصورته الذهنية.

ووصل عدد الفقرات النهائية للمقياس (٢٤) فقرة (منها فقرة للإنثى فقط) وتتراوح الدرجة لكل فقرة من صفر - ١.

وتم تقنين المقياس علي طلاب وطالبات جامعة طنطا.

تم حساب المصنف بطرق: المصدق الظاهري ، المصدق التلازمي ، صدق التمييز.

تم حساب الثبات بطريقتي: التجزئة للتصعية ، إعادة التطبيق.

تم استخراج الدرجة للتائية المكافئة لكل درجة خام لعينة من الذكور ، وأخرى من الإناث.

١١- اختبار المخاوف للأطفال

تُعرف المخاوف بأنها خوف مبالغ فيه يصل لحد الرعب ، يتضمن استجابة مصحوبة بالتوتر و الرعب لمثيرات أو موضوعات أو أشياء ، لا تتهت على الخوف (موضوعات) أو أشياء عادية ومألوفة ، يصحب هذه الاستجابة زملة أعراض هي: صفار الوجه ، العرق ، الرجفة في الأسنان أو العضلات ، العض على الأسنان ، سرعة ضربات القلب أو خفقانه ، لقلق والتوتر ، الدوار (الدوخة) ، وتتضح في الدرجة العالية على مقياس المخاوف.

أعدت هذا المقياس مؤلفة الكتاب وذلك بعد مراجعة التعريفات المختلفة للمخاوف ، وبعض المقاييس المعدة في هذا المجال ، وتوصلت إلى تجميع (٢٦) عبارة ، وروعي سهولة الأسلوب للمستخدم في صياغة العبارات ، ووضوح المعنى ، واستعمال الكلمات الدارجة ، وقد أجريت دراسة استطلاعية للتحقق من صدق المقياس لدى الأطفال ، حيث طبق على عينة قوامها (١٢٠) طفلاً ، مقسمة مناصفة بين الذكور والإناث (٣- ١١,٥ سنوات) أي من مرحلة التمهيدي حتى للصف الخامس الابتدائي. ويجاب على العبارة بنعم أو لا.

وتم حساب صدق المقياس بطرق: الصدق الظاهري ، الصدق التجريبي ، صدق المظهر.

كما تم حساب ثبات المقياس بطريقتي: إعادة التطبيق ، والتجزئة النصفية ، والمقياس على درجة عالية من الثبات والصدق مما يطمئن على استخدامه.

كما تم حساب معايير للمقياس: لعينة من الذكور وأخرى من الإناث ، حيث تم حساب الدرجة التائية لكل عبارة على حدة.

الفصل الخامس

التطبيقات الإكلينيكية

نماذج من الدراسات السابقة في مجال التشخيص

واستخدام المنهج الإكلينيكي

والأدوات التشخيصية المختلفة

أولاً: الدراسات العربية والمصرية

ثانياً: الدراسات الأجنبية

-لقد نجحت العديد من الاختبارات والمقاييس للشخصية سواء السيكومتري منها أو الاسقاطي في تحديد ووضع صورة واضحة للعديد من الفئات الإكلينيكية ، بما يعد في التنبؤ بليضاح الصورة الكلينيكية لتلك الفئات من خلال مظاهر الشخصية التي تقيسها الاختبارات ، حيث أجريت العديد من الدراسات في هذا المجال علي الصعديين العربي والأجنبي ، وهما يلي عرضا لهذه الدراسات.

أولاً: الدراسات العربية والمصرية:

دراسة كلينيكية قامت بها زينب شفيق بعنوان الحواجز النفسية وصورة الجسم والتخطيط للمستقبل لدي عينة من ذوي الاضطرابات السوماتوسيكولوجية.

وقد هدفت الدراسة إلى ما يلي:

- بناء مجموعة من مقاييس الشخصية: الحواجز النفسية (بإبعادها: الشائعة ، الرغص وعدم الثقل ، التوتر والانفعال) ، صورة الجسم ، التخطيط للمستقبل.

- الكشف عن الفروق ودلالاتها بين الفئات الكلينيكية عينة الدراسة (فئة مشوهي الوجه والدين ، وفئة مرضي القلب) علي مقاييس متغيرات للشخصية السيكومتريية والكلينيكية قيد البحث ، مع محاولة التفسير الكلينيكي لنتائج الدراسة.

الكشف عن الدوافع والعوامل اللاشعورية والصراعات التي تمرير الحالات المنظرية من دول التشوه الوجهي ، ومريضات روماتيزم القلب ، من خلال التحليل النفسي المتعمق لبعض الحالات المتطرفة من الفئتين باستخدام الأدوات الكلينيكية المصممة.

-إلقاء الضوء على أهم الجوانب الشخصية لعينة الدراسة وهي:-
صورة الجسم ، الحواجز النفسية (وأبعادها: الشائعة ، الرقص
وعدم التقبل ، التوتر والافتعال) ، الانزواء ، الانتماء ، الرعاية ،
طلب النجدة ، الاستحسان الاجتماعي ، التخطيط للمستقبل.

والمنهج المستخدم في الدراسة هو الأسلوب الكمي والكمي
باستخدام الاختبار الاسقاطي الجمعي ، واختبار TAT والذان
يستوحيان مفاهيم التحليل النفسي ، وتمثلت الأدوات المستخدمة في:

أ- الأدوات السيكومترية: مقياس الحواجز النفسية ، مقياس صورة
للجسم ، مقياس التخطيط للمستقبل وكلهم من إعداد الباحثة ،
مقياس الاستحسان الاجتماعي.

ب- الأدوات الإكلينيكية: استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثة) ،
اختبار للشخصية الاسقاطي الجمعي ، اختبار تكلمهم الموضوع
TAT

وأُسفرت النتائج عما يأتي:

-ارتفاع درجات مجموعتي المرضي على مقياس: الحواجز النفسية
(بأبعادها) ، وصورة الجسم ، والانزواء ، والرعاية ، وطلب
النجدة مقارنة بالأصحاء.

- انخفاض درجات متغيرات: الانتماء ، الاستحسان الاجتماعي ،
التخطيط للمستقبل لدى مجموعتي المرضي مقارنة بالصحيحات.

وقد استندت الباحثة في التفسير الكليتيكي لهذه النتائج
السيكومترية على مبادئ التحليل النفسي ، وبعض المفاهيم المتعلقة
بطبيعة المرأة ، إضافة إلى نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال .

أما النتائج عن أهم العوامل الدينامية في شخصية هؤلاء المرضى أهمها:

اضطرابات حدود الذات وصعوبة إدراكها مع شعور بفقدان الإثنية .
صراع الاستقلالية والاعتمادية والخوف من فقدان مشاعر العطف
من الآخرين .

- تشوش واضح وصريح في صورة الجسم .
- مشاعر الوحدة والاثراء ، ووجود الجوارح النفسية التي تعوق
الحالات .

- مشاعر اليأس وعدم التفاؤل والنظرة للتشؤمية للحاضر والمستقبل
معاً .

- كبت واضح - بل ورفض صريح - للمشاعر الجنسية ناجمة عن
تشوها أو ظروفها الصحية .

- صراع الحب والكراهية أي تناقض لو ثنائية للوجدان .

* دراسة زينب شقير: عن خصائص التعبير اللغوي للفصامين:
دراسة أكاديمية لاضطرابات لغة الفصامي من حيث علاقتها بينائه
النفسية ، وتهدف الدراسة إلي التعرف علي البناء النفسي لدى كل من
مرضى الفصام البارانويدي ومرضى الفصام الهيفريني ، وكذلك
لتعرف علي لغة كل منهما . ومدى الاضطراب في كل من اللغة
والتفكير الفصامي .

واستخدمت الدراسة ١٠ حالات من مرضى الفصام البارانوي ،
و ١٠ من مرضى الفصام الهيفريني مقارنة بالأسوياء ، واعتمدت في
تشخيص الحالات علي تشخيص الطبيب النفسي ، وكذلك علي درجة
الحالات علي مقياس الفصام في اختبار الشخصية متعدد الأوجه .

واستخدمت الباحثة الأدوات التالية :

أ- الأدوات السيكمترية : مقياس ويلوبي للميل العصبي ، اختبار الشخصية متعدد الأوجه .

ب- الأدوات الكليبيكية : اختبار تفهم الموضوع نموراي TAT ، اختبار تداعي الكلمات لربايورت ، المقابلات الكليبيكية المتعمقة للطليقة ، مقابلات شخصية مع أقارب المرضى .

وكان منهج الدراسة هو المنهج الإكلينيكي ، موضوع الدراسة هو الدراسة العميقة للحالة الفردية أي الشخصية في بنيتها ، أي دراسة المشكلات السلوكية عند الشخص كحامل مشكلة ، وبالتالي ككائن عياني برمته في اشتباكه بموقف (موقف الصراع ، وأساليب الدفاع التي يستخدمها الفرد في مواجهة الصراع) .

وأُسُفِرت النتائج عما يأتي : الارتباط الوثيق بين اللغة والبناء النفسي للفصامي ، حيث أن اضطراب البناء النفسي له يبدو أثره الواضح في أسلوبه التصوري اللغوي ، والذي ظهر واضحاً في اضطراب علاقة الفصامي بالآخرين من حوله ، وبالعالم الخارجي مما أدى إلي فشله في تحقيق للتواصل الاجتماعي والشخصي ، ويرجع عجزه في بناء علاقات وتحقيق تولصل فعال مع الآخرين ، إنما يرجع إلي تلك مكوناته النفسية وضعف الأداء ودفاعاتها ، ولذلك يعلن الفصامي في النهاية عن فشله الرزيع في تحقيق هذا التواصل اللغوي والاجتماعي والشخصي للعمال مقارنة بالأسوياء ، كما لوحظ من نتائج الدراسة تفكك مكوناته الشخصية ، بجانب الهذيان والهلاوس وابتعاد العلاقة بالواقع التي تعتبر من أهم الديناميات التي توضح تفكك الفصامي من الداخل ، فتجد أن الفصامي يفشل في عمله ، ويرفض

دراسته ، حتى لتفعاله يكون مضطرب ، فنجده يضحك أثناء الحديث عن شئ محزن ، وكانت للغة أداة التعبير عن الاضطراب النفسي الداخلي .

* دراسة زيتب شقير بعنوان دراسة كلينيكية مقارنة لبعض جوانب الشخصية للمرأة العربية العاملة بكليات البنات بالمملكة العربية السعودية ومصر ، للتعرف عن الفروق بين المجموعتين في بعض جوانب الشخصية مثل : معامل التوتر - للرعاية - الانزواء العصائبي - الانتماء ، طلب النجدة ، العقابية الداخلية ، العقابية للخارجية ، العدائية العامة ، اتجاه العقلية .

واختيرت مجموعتين للدراسة من الدارسات والعاملات في كل من كليات البنات بالمملكة وكليات البنات جامعة الأزهر بمصر .

وقد تم استخدام الأسلوب الكمي الكيفي في الدراسة باستخدام الاختبار الاسقاطي الجمعي والذي يتوخى مفاهيم التحليل النفسي ، ولجأت الباحثة إلى التصوير الكيفي للبيانات ، كما تم عمل بعض المقابلات الشخصية للحالات أثناء تطبيق الاختبارات ، التي أفادت في تحليل النتائج وتفسيرها ، حيث يرى لاجاش أن البحث الكلينيكي يتم خلال مقابلة شخصية ، فالكلينيكي يعين الشخص ، ويلاحظ استجابات الشخص في وحدتها الكلية وتفصيلها ، وذلك في موقف حيوي وهام في دلائله ، ألا وهو موقف الفحص ، أي أثناء المقابلة الشخصية الكلينيكية .

وطبق علي عينة الدراسة : اختبار للشخصية الاسقاطي الجمعي ، استخبار العدائية ولتجاهها . إجراء المقابلات الكلينيكية .

وأُسفرت النتائج عن اتفاق مجموعتي الدراسة في بعض متغيرات الشخصية وبعض الاختلافات بينها في متغيرات أخرى للشخصية يفرصها المحتتم (المصري - السعودي) وتقاليده وعاداته .

* دراسة زينب شقير: بعنوان دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لذوي عينة من ذوي اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة. وقد هدفت الدراسة إلى تكوين بطارية اختبارات تفيد تشخيص ذوي اضطرابات الأكل ، وذوي فقدان الشهية وذوي الشره العصبي ، مع بحث تأثير هذه الحالة الصحية علي بعض مظاهر الصحة النفسية مثل : صورة الجسم ، الحولجز النفسية ، الضغوط النفسية بما يعيد من التعرف علي الصورة الكلينيكية لهؤلاء المراهقين .

وصممت للباحثة مقاييس نفسية متعددة من أجل التشخيص : مقياس اضطرابات الأكل ، مقياس فقدان الشهية العصبي ، مقياس الشره العصبي ، كما صممت مقاييس أخرى لدراسة بعض جوانب الشخصية مثل : مقياس صورة الجسم ، ومقياس الحولجز النفسية ، ومقياس الضغوط النفسية .

وطبقت الاختبارات علي عينة مكونة من ٣٠٠ طالب وطالبة بكلية التربية بطنطا من ذوي الفئات الكلينيكية المختلفة بجانب عينة من الأصحاء من الجنسين .

ولقد أسفرت نتائج الدراسة إلى العديد من النتائج منها:-

-ثبتت كفاءة المقاييس المعدة في تشخيص ذوي فقدان الشهية وأيضاً ذوي الشره العصبي وذوي اضطرابات الأكل.

كانت النسبة المئوية لانتشار فقدان الشهية بين طلاب وطالبات الجامعة ٩٢, ٨% ، ٤٥, ١٥ للجنسين علي التوالي ، بينما كانت النسبة المئوية لذوي الشره العصبي ٦, ٧% ، ١٠% للجنسين علي التوالي .

-ارتفعت خصائص الشخصية اللاسوية : مثل ارتفاع معدل الضغوط النفسية ، وارتفاع معدل الحواجز النفسية ، وكذلك تشوه واضطراب صورة للجسم لدى عينتي الدراسة (فقدان الشهية) ، (الشره) مقارنة بالأصحاء .

* دراسة زينب شقير: عن القيمة التنبؤية لبعض الحالات الكلينيكية المختلفة من الطمأنينة النفسية والتفان والتشاؤم وقلق الموت ، وذلك من منطلق تداخل متغيرات الشخصية مع بعضها البعض لتصب في منبعها داخل الفرد ، وما يترتب عليه من شخصية قد تكون سوية أو لا سوية ، وتهدف الدراسة إلى إمكانية التنبؤ بالحالة الكلينيكية (التعصب ، الاكتئاب ، السيكوسوماتيك ، الأسوياء) من خلال مجموعة من متغيرات الشخصية هي : (الطمأنينة النفسية ، التفان ، التشاؤم ، قلق الموت) . وأجريت الدراسة على عينة من طلاب كلية الطب جامعة طنطا ، بعد أن تم تطبيق بطارية اختبارات تشخيصية هي: مقياس التعصب ، مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ، ومقياس الاكتئاب ، وذلك لتحديد الفئات الكلينيكية الأربعة عينة البحث ، ثم طبق على هذه الفئات مقاييس: الطمأنينة النفسية ، التفان ، التشاؤم ، قلق الموت .

وأظهرت النتائج عن ارتفاع معدل التشاؤم وقلق الموت لدى مجموعات التعصب ، السيكوسوماتيين ، المكتئبين ، مقارنة بالأصحاء ، وفي المقابل انخفاض معدل التفان والطمأنينة النفسية لديهم .

وباستخدام تحليل الانحدار اتضح أن معامل انحدار التعصب والاكتئاب والسيكوسوماتيك على التفان والتشاؤم لم ينفى عن الحالة

الصحية لهذه المجموعات الثلاث ، بينما كان معامل الانحدار على متغير قلق الموت (وكذلك الطمأنينة النفسية لمجموعة السيكوماتيك فقط) تنبئ بقدر كبير من الدقة عن الحالة للصحة للمجموعات الكليينكية الأربعة.

* دراسة زينب شقير : بعنوان دراسة تشخيصية مقارنة لبعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المصابين بالربو الشعبي من تلاميذ الحلقة الثانية من مرحلة التعليم الأساسي . وهدفت الدراسة إلى التعرف على بعض المتغيرات المعرفية (التحصيل الدراسي) ، والمتغيرات السلوكية (السلوك العدواني) ، والمتغيرات المزاجية (الشعور بالوحدة) ومتغيرات الشخصية (التوافق) التي تعقد كمؤشرات لتشخيص الربو الشعبي . وتم تطبيق المقاييس النفسية التي تقيس المتغيرات المعرفية والنفسية والسلوكية والشخصية موضوع الدراسة على عينة مكونة من ٦٠ تلميذ وتلميذة مصابين بالربو الشعبي و ٦٠ من الأصحاء.

وأظهرت نتائج الدراسة عن انخفاض مستوى التحصيل الدراسي لدى مصابي ومصابات الربو الشعبي بسبب تكرار الغياب لديهم ، وارتفاع درجة الشعور بالوحدة والميل للعزلة ، وارتفاع درجة العدوان المباشر لديهم ، وكذلك العدوان اللفظي ، ودرجة العدوان الكلي مقارنة بالأصحاء ، بجانب انخفاض معدل توافقهم الشخصي والجسمي والتوافق العام.

* قام على الخطيب بدراسة كLINIKية لمدي فاعلية اختبار تفهم الموضوع في تشخيص الهستيريا.

وانطلاقاً من نظرية التحليل النفسي فقد كان سبب الهستيريا هو نوع من التوقف بالنمو النفسي أو التكوّن إلى المرحلة الأوديبية من مراحل تطور الليبيدو ، وأن الأعراض الهستيرية تظهر كنتيجة للذكريات المكبوتة ، وهذه التي تترجم عن نفسها في الأعراض التبدينية. وهي دراسة كلينيكية استخدم فيها الباحث اختبار TAT ، وقام بتحليل وصفي لاستجابات المفحوصين وتأويلها وصولاً إلى تبين الخصائص المميزة للاستجابات في مجموعة الهستيريين على أرضية من الاستجابات الخاصة بمجموعة الأسوياء ، استخدم الملحق الكونيكسي بعامة ومفاهيم التحليل النفسي بخاصة.

- كما اعتمد الباحث في التشخيص على كل من :-
- تشخيص المعالج النفسي أو الطبيب النفسي .
- مقياس الهستيريا في اختبار الشخصية متعدد الأوجه.
- قائمة أيرنك للشخصية.
- استمارة المقابلة الشخصية.
- المقابلات الكلينية.

وأُسُـلُـطُـتِ النَتائِجُ عِـمَـا يَكُنِي :

- التثبت الأوديبى الصارخ في كل حالات الهستيريا.
- لم يكشف الاختبار عن التطابق الفيري الجنسي في كل الحالات.
- ظهور الأعراض الشعورية ، الحركية ، والتشنج الانفعالي ، والجولان النائم وغيرها من الأعراض الانفعالية.
- وخلص الباحث من النتائج إلى معيارين أساسيين لتشخيص الهستيريا باستخدام التات وهما: التثبت الأوديبى الصارخ والتشوهات الانعكاسية.

• دراسة ناريمان رفاعي : لمعرفة مستوى العدوانية لدى العميوات ، واستخدمت الباحثة الأدوات للكليينكية التالية :- لستمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة) ، اختبار الحاجات الكامنة (العرائض الجبرئية) ، اختبار TAT .

وقد تمخضت نتائج الدراسة للكليينكية عن أن العمي لا يرتبط بشكل مباشر بالعدوانية ، ولو كان العمي مسؤولاً عن العدوانية لكان من الأحرى أن يجعل للعميوات (الحالات) غارقات في العدوانية ، أي أن ما من صلة مباشرة على الإطلاق بين العمي والعدوانية ، وإنما يكون العمي مجرد عامل مساعد كإحباط رئيسي يعمل على انبعاث العدوانية ، كاستجابة تعويضية تتيح التنفيس عن الطاقة ، بقدر ما تتيح مظاهر القوة الزائفة .

• دراسة علي الخطيب : وهي دراسة كليينكية بهدف التعرف على استجابات مرضى الاكتئاب العصبي على اختبري تفهم الموضوع وبقع الحبر (الزورشاخ) ، حيث قارن الباحث بين العلاقات المرضية للاكتئاب العصبي على اختبري تفهم الموضوع (الثات) ، ولتضح من خلال المقارنة بعد تطبيق المقاييس على عينة من ذوي الاكتئاب القاعلي ما يلي :

- ظهور الصراع واضحا بين الحالات الاكتئابية وبين الوالدين ، ولقد أخذ هذا الصراع شكل ثنائية الوجدان لديهم ، والذي جعلهم يتأرجحون بين الحب والكراهية وقد نتج عن ذلك :

١- حدوث تغير في التوازن الخاص بالدفعات الغريزية وتغير في ميكانيزمات الدفاع .

٢- تغير في علاقة المريض بالموضوع وصورته .

- ٣- وهذا الصراع أدى إلى شعورهم بحالة من فقدان الحب .
 - ٤- وهذا الصراع أدى إلى نشأة مشاعر الذنب لديهم.
 - ٥- هذا الشعور بالذنب أدى إلى توجيه الاكتئابيين لدوافعهم ضد نواتهم ، وأيضاً ضد عالمهم الخارجي ، ظهر في الانتمالية ومنعهم من إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع العالم الخارجي .
 - ٦- ظهور الاضطراب الجنسي ، وصاحبه ظهور الاضطراب في العلاقة بالأم ودوافع موجهة ضد صورة الأم.
 - ٧- هروب معظم الحالات الاكتئابية من الأعراض ، مما يدل على استغلالهم نوعاً من التكوين العكسي لأعراضهم الاكتئابية.
 - ٨- ظهور فكرة الانتحار لدى الحالات الاكتئابية مما يدل على نقص في علاقاتهم التكيفية الاجتماعية وحاجتهم الملحة إلى التآكل والحب.
- * دراسة محمد عبد الظاهر الطيب : التحليلية المقارنة لتبني مدي إمكانية تشخيص العصاب القهري باستخدام TAT ، والدراسة تحليلية تهدف إلى تحليل قصص المفحوصين من العصبيين القهريين والأسوياء على لوحات اختبار الثأت وتأويلها ، وصولاً إلى التشخيص من خلال تأويل هذه القصص ، ولقد استخدم الباحث في تحليل هذه القصص وتأويلها المنهج الإكلينيكي ومفاهيم التحليل النفسي .
- والدراسة من ناحية أخرى هي دراسة مقارنة تهدف إلى مقارنة استجابات العصبيين القهريين على اختبار الثأت باستجابات الأسوياء على الاختبار ، وصولاً إلى صفات عامة مميزة لاستجابات كل مجموعة من المجموعتين ، تحقيقاً للعملية الأولى من التشخيص وهي المماثلة ، أما العملية الثانية من التشخيص وهي الملاممة ، فيتم للوصول إليها من

خلال الدراسة المتعمقة لكل حالة علي حدة ، وتأويل الاستجابات الخاصة بها .

وبعد أن تم تشخيص عيبة العصاب القهري بواسطة الطبيب النفسي ، وكذلك اختبار التأت ، تم تطبيق المقاييس التالية علي كلتا المجموعتين :-

-استمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة).

-المقابلات الكليكية.

-استمارة المستوي الاقتصادي الاجتماعي.

-اختبار التأت.

-اختبار الذكاء العالي .

وقد نجح اختبار التأت أن يوضح ما ظهر من استجابات حالات العصاب القهري ، والتي تمثل أساسا تشكيلة لنمط كوفي واحد هو التجنب . فالعصابي القهري قد رسم لنفسه خطأ محدد لا يوجد عنه حتي يضم تجنب مواجهة حفزاته الخطرة ، وكانت أكثر الأشكال وضوحاً في قصص المفحوصين: التشكك - التعقل المفرط - الهروب من التصيلات - رفض الاستجابة والمقاومة الشديدة - الهروب من استمرارية موسعة - الهروب من الأفعال في عالم الأفكار والتأملات . وبالرغم من أن الميكانيزم الدفاعي (التجنب) قد رد الباحث لكل الميكانيزمات الدفاعية الأخرى ، إلا أنه لم ينجح في إخفاء الحفزات الأصلية كالسلوك الجنسي أو العدوانى ، ولذلك ظهرت العدوانية لديهم ، وقد تأخذ شكل تكوين مضاد في صورة حب مسرف وعناية زائدة ، كما ظهرت الذرعة الأمسية في قصص الحالات ، وظهرت التنبهات الأدبية والرغبات المحارمة.

* قامت نيلي عبد الحميد حلمي : بدراسة لطبيعة اضطراب شكل التفكير لدي فئات فصامية مختلفة ، كما هدفت الدراسة أيضا لوضع بطارية لتشخيص الفئات الفصامية ، يكون من مميزاتها توفير الوقت والخروج بنتائج أسرع في التداعي الموضوعي عن غيرها من الوسائل الاسقاطية المتداولة ، حيث استخدمت مجموعة من الاختبارات تمثل بطارية متكاملة من التشخيص للفئات الفصامية الثلاث: المبسدى ، البارنوي ، الهيبيرني وهذه الاختبارات هي:

- اختبار تداعي الكلمات .

- اختبار التصنيف.

- اختبار تكوين المفهوم .

وأُسفرت النتائج : أن الفروق الكيفية في طبيعة اضطراب شكل التفكير عند الفئات الفصامية الثلاث كانت واضحة ، وظهرت بوضوح أكثر على اختبار تداعي الكلمات (الاسقاطي).

- أظهرت النتائج وجود علامات تشخيصية عند مرضى الفصام الهيبيرني عن النوعين الآخرين في كل من : اضطراب التنظيم ، اضطراب التوقع ، الترابط العرضي ، مع نقص في الاستجابات الملتصقة واستجابات تكلمة الجمل عن الفئتين الآخرين .

دراسة فريدة الصماحي : لتشخيص الاكتئاب عند الأطفال باستخدام اختبار CAT للأطفال ، واستخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي بهدف تحديد جملة الشروط الحاكمة للسلوك ، وقامت الباحثة بجمع معطيات عن الطفل الإكتيبي عن طريق المقابلة مع الطفل ، وتطبيق اختبارات نفسية مثل اختبار الشخصية للأطفال (عطية هنا) ، واختبار يقيس الاكتئاب عند الأطفال ، وكذلك جمع معلومات عن تاريخ حياة

الطفل ، ثم تم تطبيق اختبار تفهم الموضوع للأطفال ، كما أجريت الباحثة مقابلات شخصية مع أسر الأطفال ، وسعت إلي جميع الأحلام من أفراد العينة للاستعانة بها في دراسة قصص الأطفال علي اختبار CAT كمحركات لصندوق للتعبير ، كما استعاننا بالأطباء النفسيين في تشخيص الحالات ، واستخرجت الباحثة العلامات المميزة للاكتئاب عند الأطفال ، وكذلك درست ديناميات شخصية الحالات في قصص CAT ، وتوصلت لأهم الأعراض الكليبيكية المميزة للبساء الدينامي للطفل الاكتئابي كما ظهرت في قصص الأطفال علي اختبار CAT .

وكانت أهم الديناميات المستخرجة:

- فقدان العلاقة بين الوالدين والطفل.
- الحرمان من الإمدادات ومحاولة البحث عنها ومحاولة الحصول عليها إما بالتهديد أو بالاستعطاف .
- التفوق بين الأخوة في المعاملة ، مما يولد مشاعر العدم قيمة الذات.
- العدوانية الشديدة تجاه الوالدين ، بسبب الحرمان من الإمدادات والحرمان من الحب والرعاية.
- انقلاب هذه العدوانية ضد الذات ، وتظهر في الرغبة في تدمير الذات.
- تعلق الطفل بالذكر بالأم ، وتعلق البنت بالأب ، ورغبة كل منهما في التخلص من الطرف الآخر (الأم أو الأب).
- فقدان الترابط الأسري بسبب سوء العلاقة بين الحالة والأسرة.
- الشعور بالعدم الحب.

كما أظهرت النتائج أهم الأعراض المميزة للبناء الدينامي للطفل الاكتسابي كما تظهر من خلال قصصهم علي اختبار CAT وهي:

- الأرق والنعاس النوم .
- مشاعر للعزلة والوحدة والانسحاب.
- انعدام الأمن.
- لشكوى الجسمانية.
- اضطرابات الأكل وفقدان الشهية للطعام.
- مشاعر الذنب.
- مشاعر انعدام القيمة.
- مشاعر انعدام الحب.
- كف اللعب.
- الأفكار الانتحارية.
- البكاء.
- الحزن وعدم السعادة.
- مشاعر العجز والضعف.

* دراسة نهفين زهور: الكلينيكية التشخيصية للتعرف علي اضطراب صورة الجسم لدي الأطفال المصابين بالبول ، والكشف عن نوعية اضطراب صورة الجسم في حالات البول ، واستخدمت الباحثة منهج التحليل النفسي ، واستخدمت الأدوات الكلينيكية الامقاطية : اختبار رسم الشخص لماكوه ، الرسم الحر ، اختبار الرورشاخ ، اختبار CAT ، المقابلات الكلينيكية . وقد أكترت من الاختبارات لتمدها بمادة ثرية عن الطفل ، كما استعانت بالتشخيص السيكاتري للحالات .

وجاءت النتائج لتسفر عن اضطراب صورة للجسم من خلال استجاباتهم لبطاقات الرورشاخ ، والرسم ، في تشويهاً تتميز بالانقطاع إلي أجزاء ، أي ما يعبر عنه التحليل النفسي بالتفكك أو التصدع ، والتشويه ، ويشمل أعضاء التناسل ، الأمر الذي يجعل عقدة الخصاء تلج في تخيلات الأطفال ، وأن صورة الجسم ضرب من مزيج من

الملاحم الذكرية والملاحم الأنثوية ، أي ثقافة الجفعية سواء أكان الطفل ذكر أو أنثى ، وهو أمر يوحى بالتوحد بالأبوين معا.

* دراسة شهبان شعبان :لتشخيص الرهاب عند الأطفال باستخدام اختبار CAT ، واستخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي ، وقامت بجمع معلومات ومعطيات عن الطفل الرهابي عن طريق المقابلة مع الطفل ، ومع الأسرة واستعانت بالتشخيص الميكاتري ، وسعت إلى تفسير الأحلام ، وطبقت اختبار المخاف للأطفال ثم طبقت اختبار CAT للأطفال.

واستخرجت الباحثة العلامات المميزة للرهاب عند الأطفال ، كما توصلت لأهم الأعراض الكلينيكية المميزة للبناء الدينامي للطفل الرهابي ، كما ظهرت في قصص الأطفال علي اختبار CAT . وكانت أهم الديناميات في شخصيات الطفل الرهابي ، كما ظهرت في قصصهم علي اختبار CAT وهي كالآتي:

-اضطراب في الشخصية ناجما عن اضطراب علاقة الطفل بوالديه والتفادها سيكولوجيا.

- المعاملة السيئة من قبل الوالدين للأبناء ، مما ينجم عنها من عدوانية تجاه أحد الوالدين.

- الخوف الشديد من أي جديد أو مجهول .

-التفسير عن الموقف الأوديبي بالتصاق الطفل بأمه واستبعاد الأب والعكس عند البنت .

- اضطراب العلاقة بين الأشقاء بسبب التفرقة للوالدية بينهم ، كما ظهرت الأعراض الكلينيكية المميزة للبناء الدينامي للطفل الرهابي،

كما تكشف عنها استجابات الأطفال الراهبين علي اختبار CAT والتي تتمثل في :-

- الخوف من الوحدة ومن ابتعاد الوالدين .

- القلق والتوتر . - العرق والرعشة.

- الفزع والرعب والصراخ الشديد.

- السرعة في نقات القلب . - الصعوبة في التنفس.

* دراسة اهتمام السطحية: التي تهدف إلى تشخيص اضطراب الانتباه عند الأطفال ، واعداد بطارية تشخيصية للتعرف علي الأطفال ذوي اضطراب الانتباه ، مع تدريب القائمين علي تربية الأطفال علي تطبيق الاختبارات الخاصة بشخص تلك الفئة ، وأجريت الدراسة علي ١٣٥ تلميذ بالمدرسة الابتدائية بمدينة طنطا ، وتكونت بطارية الاختبارات التشخيصية من :

قوائم الملاحظة السلوكية ، قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل ، اختبار وكسلر لكاء الأطفال ، اختبار تزلوج الأشكال للمألوفة ، اختبار بندرجشطلت البصري الحركي ، اختبارات تقيس الانتباه السمعي والبصري (اختبار تزاوج الأرقام ، اختبار الشطب) ، مقياس تقدير الكتابة ، اختبار المحصول اللفظي ، اختبار CAT للأطفال وجاءت نتائج الدراسة لتسفر عن خصائص معينة لذوي اضطراب الانتباه من الأطفال أهمها :-

- الاندفاعية لدي هؤلاء الأطفال مضطربي الانتباه وفي عدم قدرتهم علي الاستمرار في أعمالهم لمدة طويلة ، وصعوبة في انتهاء بعض الأعمال التي تطلب منهم مما يشير للاندفاعية.

- ضعف القدرة علي ضبط الاستجابة الصادرة منهم .

- صعوبة الاستمرار في العمل الجماعي وضعف القدرة على التنافس الاجتماعي .

- القلق والعدوانية.

- انخفاض مستوى التحصيل لديهم.

- العدوانية الشديدة تجاه الأقران ، أو حتي تجاه الأشياء الموجودة بالفصل.

- ضعف القدرة على التنافس الاجتماعي مع العاديين .

- ضعف القدرة الاستفادة.

وبذلك فقد ثبت فاعلية استخدام قوائم الملاحظة في تشخيص الأطفال ذوي الاضطراب في الانتباه والتعرف عليهم ، وعلى الخصائص التي يتصفون بها ، ومدى فاعلية ملاحظة المدرسين للأطفال.

* دراسة ماهرة شمري: للتعرف على الفروق في نمط السلوك (أ) لدي ثلاث فئات إكلينيكية من الذكور الراشدين وهي : مرضي القلب، مرضي السرطان ، والمصابين بحوادث المرور أو حوادث مهنية أو حوادث تسمم ، مقارنة بالعاديين ، طبق عليها مقياس خصائص النمط (أ) ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين مرضي القلب ومرضي السرطان ومرضي الحوادث وبين العاديين في الدرجة على نمط السلوك (أ) لصالح الفئات الكلينيكية الثلاث ، بينما لا توجد فروق دالة إحصائية بين الفئات الكلينيكية الثلاث على مقياس نمط السلوك (أ) ، مع تميز الفئات الكلينيكية بخصائص سلوكية تشخيصية تتمثل في : السرعة ، نفاذ الصبر ، الطموح ، المثابرة، العدوانية ، التوتر والانفعال ، الاستغراق في العمل .

* دراسة كوثر رزق : بعنوان القلق الاجتماعي عند طلاب الجامعة (دراسة تشخيصية علاجية) بهدف عمل مقياس لتشخيص مصري عربي لقياس للقلق الاجتماعي ، وأيضاً لعلاجه عن طريق وضع برنامج علاجي يعتمد علي العلاج المعرفي السلوكي ، وأجريت الدراسة علي ٢٠٠ طالب ، ٢٠٠ طالبة بالفرقة الثانية بكلية التربية جامعتي المنصورة وقناة السويس .

وطبقت علي العينة مقياس : القلق الاجتماعي ، المقابلة الإكلينيكية ، اختبار أيزنك للتشخيصية ، اختبار جيلفورد ، كما تم تطبيق البرنامج العلاجي علي أكثر حالات الدراسة معاناة من القلق الاجتماعي . وقد أسعرت النتائج عن نجاح البرنامج في خفض درجة القلق لدي العينة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي .

* دراسة محمد الشيوخ : عن فعالية العلاج الواقعي في علاج بعض المشكلات السلوكية لدي عينة من تلاميذ الحلقتين الأولى والثانية من التعليم الأساسي بمحافظة الفيوم . واستهدفت الدراسة التعرف علي بعض المشكلات السلوكية لدي العينة ، كما استهدفت إلي الكشف علي مدى فعالية استخدام العلاج الواقعي (وليم جلامر) في علاج تلك المشكلات : وقد أظهرت النتائج عن وجوده (٤٥) في مشكلة لارعية ، تم تصنيفها إلي خمس مجموعات تمثلت في :-

- ١- مشكلات تتعلق بالسلوك الأخلاقي .
- ٢- مشكلات الصفات غير المرغوبة .
- ٣- مشكلات تتعلق بالسلوك العصبي .
- ٤- مشكلات الخروج عن النظام .
- ٥- مشكلات تتعلق بصعوبات التوافق .

ثم تم ترتيب المشكلات من حيث أهميتها لدى كل من الذكور والأنثى وتمت المقارنة بينهم ، وبعدها تم تطبيق برنامج إرشادي متمثلاً في فنيات العلاج الواقعي ، بعد تدريب المعلمين والمعلمات عينة البحث الحالي على تلك الفنيات قبل تطبيقه في المدارس على أصحاب تلك المشكلات ، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة بين التطبيقين القبلي والبعدي ، وكذلك بين التطبيقين البعدي الأول والبعدي الثاني ، وهذا يعني استمرار فعالية البرنامج من حيث تأثيره على خفض تلك المشكلات.

ثانياً الدراسات الأجنبية:

* دراسة مورجان : عن التشخيص الفارقي للفصام والحالات الانعكاسية ، حيث أوضح مورجان أن التفريق غاية في الصعوبة بين الذهان الانعكاسي الطويل المدى والفصام تحت ظروف ذات أصل نفسي ، وذكر أن التحليل العيادي للمشاهد يظهر أن التشخيص الفارقي في هذه الحالة يجب أن يكون على أساس الأعراض المعروفة ، وفروق في انتظام الصفات الدينامية لهذه الأعراض ، ففي الفصام لا يكون المرض هو سبب لرد فعل نفسي ، ويكون دور العلامة النفسية منخفضاً على مستوى تشكيل نفسي للخبرة الذهانية فقط ، أما في حالات الانعكاس طويلة المدى فيحدث تلك تدريجي وتحول في الأعراض واقترح أن دراسة التأثير الدينامي للعقائير قد تساعد في التشخيص بين هاتين الفئتين.

دراسة برايمز وهولمارد بهدف تحليل الموضوعات التي كونها الأولاد في سن الثامنة على اختبار CAT ، مع مقارنة قصص مجموعة من البنين والبنات في نفس السن ، وتمت المقارنة من

استجابات (٥٠) طفل في سن الثامنة على اختبار CAT ، بمجموعة مشابهة من البينات ، وقد كان هناك تشابه كبير ، ولكن كان الذكور أقل ميلا إلى مواجهة تحكم الكبار ، وأعطوا استجابات أكثر شيوعاً ، وأظهروا مشاعر أقل عدوانية ، أما البينات فقد كشفن عن أنهن بصوة عامة أكثر نضجا في طريقة استجابتهن .

* دراسة مكاب وجايت ماري: لتشخيص اضطراب الانتباه لدى الأطفال ذوي اضطراب الانتباه بدون فرط النشاط ، والأطفال ذوي اضطراب الانتباه المصطحب بفرط النشاط وطبق على المجموعتين الدليل التشخيصي الإكلينيكي DSM - III ، ومقياس تقدير سلوك الطفل لكونرز ، والمقابلة الكلينيكية ، ومقياس الأداء المستمر .

وأمرت نتائج الدراسة فعالية الدليل التشخيصي الإكلينيكي DSM - III في تشخيص فئة اضطراب الانتباه بدون فرط النشاط ، وأن الأطفال ذوي اضطراب في الانتباه يعانون من مشكلات متعددة ، أهمها الانفصالية ، ونشأت الانتباه .

* دراسة فافارو وآخر: للتعرف على توافع إيذاء الذات لدى مرضى الشره العصبي للطعام ، وأجريت الدراسة على ١٢٥ مريض بالشره تم تشخيصهم باستخدام دليل التصنيف الأمريكي الرابع ، وأجريت لهم مقابلات شخصية واستفتاءات ذاتية ، وأظهرت النتائج معدل مرتفع لسلوك إيذاء الذات لديهم ، وتم التعبير عنه بالقيء الإجباري ، وسوء استخدام المليدات ، كما توصلت الدراسة إلى أن دافع سلوك إيذاء الذات كان مرتبطا بسوء الاستخدام الجنسي بدرجة كبيرة ، وبمشاعر عدم التقبل الذاتي (الرفض) لديهم .

• دراسة يورايث: لتحديد الصورة الكليينكية للسلوك وصورة الجسم ومفهوم الذات لدى عينة من دولت فقدان الشهية العصبي ، واستخدمت (٩) مقاييس نصية معظمها إسقاطية ، وأوضحت النتائج اضطراب واضح في صورة الجسم ، والخوف من الوزن الزائد ، والخوف من انقطاع الطمث المتكرر ، مع ارتفاع معدل الاكتئاب والقلق الاجتماعي ، وتجنب ممارسة السلوك الاجتماعي كإداة لتقييم صورة الجسم .

• دراسة مكيفوي - تيودور: عن احتمالية الملاحظة بالانتحار عن طريق اختبار التأت ، وقد نجح اختبار التأت في هذه الدراسة في تقييم احتمالية الملاحظة بالانتحار وتقييم العدوانية لدى الجانبين والاستعداد للانتحار بأنهما ليسا أمراً مؤكداً.

• دراسة ونروليسلم والأخرون: عن ثيمات Themas العدوانية في لوحات اختبار تكلم الموضوع للأسرة ، باستخدام ثلاث قصص من الاختبار ، تقوم كل منها على ثلاث لوحات أنتجت بطريقة مشتركة في صورة موحدة (١٢٦) أسرة ثلاثية الأعضاء ، وتم تصحيح هذه القصص من حيث الكمية النسبية للعدوانية للمكبوتة ، والنسبة المئوية للعدوانية الصريحة في الثيمات ، وذلك استناداً إلى ٥٠ أسرة أطفالهم أسوياء ، ٤٤ أسرة أطفالهم عديمو التوافق الانفعالي ، ١٦ أسرة مصابون ، ١٦ أسرة أطفالهم جانبون ، ولقد كشف تحليل النتائج عن أن المجموعتين السوية والفصامية أعطيتا قسطاً منخفضاً من حيث العدوانية المكبوتة والصريحة كليهما. بينما كانت قصص الأسر من أصحاب الأطفال عديمي التوافق الانفعالي مرتفعة من حيث المتعبين السلبيين ، أما أسر أطفال الجانبين فقد سجلت قصصها

ارتفاعا في العدوانية المكبوحة ، ولكنها سجلت من حيث العدوانية الصريحة ما يقرب في نتائجه من الأطفال الأسوياء.

* دراسة فريد مان: عن الخبرة الذاتية لاضطراب المعرفة والإدراك ، إعادة تقييم لسير الشخصية ، حيث قام الباحث بعرض كتب ومقالات السيرة الشخصية لحوالي ٦٠ فصامي ، قاموا بتسجيل هذه السير أثناء أو بعد خبرتهم الذاتية ، ويهدف البحث إلى وصف التغيرات التي تطرا على إدراك المريض وخبرته المعرفية ، وتوصل الباحث من خلال السيرة الذاتية للعينة إلى وجود علامات تشخيصية واضحة للفصامي هي: نقص في الانتباه ، تمايل للأفكار وتعميق لها ، زيادة المستدعيات بين الأفكار ، الإجهاد الذهني ، نسيان وصعوبة التعرف على الكلمات المألوفة والأشخاص والموضوعات ، خلط وخطأ في التعرف على هوية الأفراد المعروفين مسبقا ، نقص في التذكر بصفة عامة ، غلق التفكير وتوقفه ، إعادة في إخراج للغة (الكلام) ، وفي عمليات الفهم ، إحساس مشوه بالزمن.

* دراسة دي سوسا: كان الهدف منها هو التوصل إلى الفروق بين استجابات الأطفال المضطربين انفعاليا ولديهم مشكلات سلوكية ، واستجابات الأطفال الأسوياء علي اختبار CAT ، وأوضحت الدراسة أن الأطفال المضطربين انفعاليا يتميز قصبهم بما يأتي:-

- للتوحد مع الصفة التي يرونها عدوانية
- نظرتهم إلى البيئة وكأنها تهددهم.
- ظهور عدائية تجاه الوجه الأمومي.

- تكرار المفاهيم في قصص الأطفال المضطربين: العقاب ،
للعب ، الحوادث ، العدوانية ، الأصدقاء ، الأعداء ، الظلم ، خيبة
الأم ، السرقة .

" دراسة كلجان كوفمان: بهدف دراسة العلاقات الممكنة بين
الاضطرابات الوظيفية في النطق والمشكلات الانفعالية لدى طلاب
الصف الأول علي اختبار CAT ، وتمت مقارنة هؤلاء الأطفال ذوي
مشكلات في النطق بالأطفال ذوي النطق السليم ، وأوضحت الدراسة
أن المجموعة المضطربة تتميز قصصهم بما يأتي:-

- قلة الكلمات في القصة .
- استجابات أكثر دلالة علي العدوانية اللفوية .
- عداة الوالدين الموجه نحو الطفل .
- دراسة شامللي: للتعرف علي ديناميات الشخصية عند العميان ،
وقد تم إعداد التلات الصوتي من عشر مجموعات صوتية ، ثم تم
تطبيقه علي خمسة من العميان وخمسة من المبصرين المراهقين ،
واستخدمت طريقة موراي في تقدير الدرجات ، وقد كانت توجد
فروق بين مجموعتي الدراسة ، كما كانت درجات أفراد مجموعة
العميان أعلي بشكل دال في العدوانية الصريحة والعدوانية المتجهة
نحو الطفل ، والاستجابات المسايرة لقيم المجتمع ، والاستجابات
غير الملائمة ، واستجابات التقبل . وهذه النتائج تطرح مشكلات
خطيرة بالنسبة للعميان ، وبإلي القاتمين علي تعليمهم ، وبإلي
المجتمع علي وجه العموم .

• دراسة رامبل - سوتفن: للتعرف على الخصائص النفسية لدى الأطفال ذوي اضطراب الانتباه بالمرحلة الابتدائية ، واستخدمت بطارية من الاختبارات تشمل:-

الدليل التشخيصي الإكلينيكي (DSM III) واختبار تقدير سلوك الطفل لكونزر ، واختبار الأشكال المألوفة ، واختبار الأداء المستمر ، واختبار وكسلر لذكاء الأطفال وقائمة سلوك الطفل ، ومقياس للبيئة الاجتماعية ، وأسفرت النتائج عن كفاءة هذه البطارية في تشخيص اضطراب الانتباه لدى الأطفال وكذلك في التعرف على الخصائص النفسية المميزة لهم.

• دراسة ويلكوكسن: بعنوان التحليل النصي - اللغوي للغة القصص ، وأجريت الدراسة ١٠ حالات قصص بارانوي ، و ١٠ قصص غير بارانوي ، ١٠ أسوياء ، وأشارت النتائج إلى:-

١- وجود خلل (اضطراب) في الاتصال والحديث (اللغة) الشفهي والكتابي للقصص ، ويكون الاضطراب في الحديث الشفهي للقصص أكثر مما في حديث السوي.

٢- أن القصص أقل في قدرته في استخدام كلمات أو عبارات ضعيفة الارتباط ببعضها.

٣- اقترحت الدراسة المزيد من البحوث الخاصة بالفروق التركيبية في الحديث لدى فئات القصص ، من أجل المساعدة في إجراء التشخيص والعلاج والتقييم العلاجي للقصصيين.

• دراسة فراتميس ، فرنا: لتشخيص اضطراب الانتباه الاحتيازي لدى الأطفال ذوي صعوبة في التعلم من الصفين الثالث والرابع الابتدائي ، وطبق على العينة بطارية اختبارات مكونة من:

وكميلار لذكاء الأطفال ، ومقياس تقدير سلوك التلميذ المختص ، واحتمار المفردات ، واختبار رسم الشخص ، وأسفرت نتائج الدراسة إلى أنه يمكن التمييز بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم ، يمكن تشخيصهم من خلال ظهور اضطراب في سعة الانتباه لديهم.

• دراسة روتر ، وويشمير ، ويوتن: عن مدى إمكانية التنبؤ بلغة الفصامي ، والتحقق من أن حديث الفصامي يصعب التنبؤ به بالمقارنة بحديث السوي ، وطبق على ١٠ من مرضي الفصام غير الباراني نماذج من عبارات (جمل) منقطعة وعديمة الترابط عددها (١٠) عبارات من حديث المرضى بالفصام غير الباراني ، وعشر عبارات أخرى من حديث المرضى بالفصام تم تسجيلها من خلال المقابلة الشخصية ، وبعد ذلك تم حذف الكلمة الرابعة في كل عبارة ، وإعادة تسجيلها.

وجاءت النتائج لتسفر عن الاضطراب اللغوي لدى الفصامي.

• دراسة أوزلوا وجوزيف: بهدف تشخيص اضطراب الانتباه والقابلية للتشتت والانفعالية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم ، وقد استخدم في التشخيص لاضطراب الانتباه كل من: الدليل الإكلينيكي الإحصائي DSM - III ، ومقياس وكميلار لذكاء الأطفال ، ومقياس الأشكال المألوفة ، ومقياس أوزلوا المعدل للسلوك لقياس الانفعالية والتشتت ، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط دال وواضح على المقاييس المستخدمة مع هؤلاء الأطفال ، وإلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من تشتت في الانتباه أكثر من الأطفال العاديين.

• دراسة جريفت وميد نيك: عن اضطرابات التذاعيات اللفظية
لدى الأطفال المعرضين للإصابة بالفصام ، وكانت الدراسة طويلة لمدة
٨ سنوات ، وطبقت علي عينة الدراسة: المقابلات الكلينيكية للحالات ،
اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ، مقياس وكميلر للأطفال ، جهاز
تسجيل ، ساعة إيقاف ، اختبار تداعي الكلمات الفردي والمستمر .
وأسفرت النتائج عن أن الأطفال الذين كانت أهميهم مصابة بالفصام
للمزمن الخطير أظهرت تداعياً لفظياً اضطراباً مقارنة بالأطفال الذين لم
يكن لهم تاريخ عائلي مشتمل علي مرض عقلي .

• دراسة رابي - جابلونسكا. ج: للتعرف علي اضطراب صورة
الجسم لدي ذوي فقدان للشهية العصبي ، وأجريت الدراسة علي (٣٠)
من الإناث بعد التشخيص بدليل تصنيف الأمراض النفسية الأمريكي
الرابع ، وإجراء مقابلات كلينيكية مع أهميات الحالات للتعرف علي
أسباب اضطراب صورة الجسم وعلاقته بأحداث الحياة وانخفاض تقدير
الذات ، وأسفرت النتائج عن اضطراب صورة الجسم لدي أفراد العينة،
وانخفاض تقدير الذات ، وارتفاع القلق.

• دراسة كارولين وأخر: لرملة الأعراض الشخصية والإكلينيكية
للمصاحبة للمرض المزمن ، وأجريت الدراسة علي ٣٠ من المرضى
المزمنين الذين تلقوا عناية خاصة ، ٢٨ من المرضى الذين لم يتلقوا
العناية (مجموعة ضابطة) ، وكشفت النتائج عن وجود فروق بين
المجموعتين في العديد من المتغيرات وخاصة متغيرات الاكتئاب والقلق
وشكل الجسم.

* دراسة كورليت سوز: الكلينيكية بشأن استخدام تكتيك الرسم الاستقطابي في قياس الشخصية للبالغين الصم ، حيث استخدم تكتيك رسم الرجل الشجرة لذي عينة (٣٣) من البالغين الصم الذين لا يستخدمون اللغة. حيث تم تقدير الثبات والصدق لهذا التكتيك ، وقد تم تقدير الثبات الداخلي لأربعة مقاييس ، كما تم تقدير الصدق لخمسة سمات شخصية لديهم: العدوان ، الاندفاعية ، عديم النضج ، التمرکز ، حول الذات ، الاستقلال.

الباب الثاني
الإرشاد النفسي
وتطبيقاته الإكلينيكية

الفصل الأول

- تعريف الإرشاد النفسي.
- أهم مجالات الإرشاد النفسي.
- أنواع الإرشاد النفسي.
- أهداف الإرشاد النفسي.
- مراحل الإرشاد النفسي ومناهجه وأدواته.
- العلاقة بين التوجيه النفسي والإرشاد النفسي والعلاج النفسي.
- العاملون في مجال الإرشاد النفسي (فريق العمل)
- استراتيجيات الإرشاد النفسي .

الإرشاد النفسي Counseling

إن علم النفس الإرشادي هو تخصص وفرع من فروع علم النفس التطبيقي ، يؤكد على إمكانية تغيير وتعديل السلوك مثله مثل باقي العلوم للتطبيقية الأخرى مثل الطب النفسي ، وعلم النفس الإكلينيكي ، وعلم النفس المدرسي ، وأن موقع (بيئة) للمقابلة بين المرشد والمسترشد هي البيئة الأساسية التي تحدث علاقة بينهما ، ولهذه العلاقة من التأثير الفعال في إمكانية إحداث تغيير .

لقد نشأ علم النفس الإرشادي وبما في الولايات المتحدة الأمريكية ، وظهر الاستخدام الأول لهذا المصطلح في نهاية الأربعينات وأوائل الخمسينات ، وظهر استخدامه في أوائل القرن العشرين في شكل توجه مهني قدمه فرانك بارموندز ، ويركز علم النفس الإرشادي في خدماته الإرشادية على تفسير السلوك الفعال للإنسان من خلال عمليات نموه على امتداد حياته كلها ، وكذلك لتأكيد على المظاهر الإيجابية للنمو والتوافق ، ويتم ذلك من خلال الفرد على اكتساب أو تغيير المهارات الشخصية الاجتماعية ، ومن خلال تحسين التكيف لمطالب الحياة المتغير ، ثم تعزيز عديد من قدرات حل المشكلات واتخاذ القرارات (عبد الله سليمان).

أي أن للعمل الإرشادي أساسا يهتم بالجانب الإنمائي والجانب الوقائي للفرد ثم يهتم بعد ذلك بالجانب العلاجي والتدخل في الأزمات . ويتكون الإرشاد من أنشطة قائمة على أساس أخلاقي يتخدها المرشد في محاولة لمساعدة المسترشد للتخراط في تلك الأنواع من السلوك التي تؤدي إلى حل مشكلاته.

وتشير كلمة الإرشاد النفسي إلى الاعتماد على ما هو موجود لدى المريض والاعتماد على ذلك في مساعدة هذا المريض على التغلب على المشكلات التي تواجهه والتي لا يستطيع للتغلب عليها بمفرده ، والتي غالباً ما تتصف بأنها مشكلات وجدائية ، وعليه فإن الإرشاد النفسي يهتم بالفرد وليس بالمشكلة التي يعاني منها ، باعتبار أن في مقدوره أن يعالج مشكلاته ، كما يؤكد الإرشاد على عملية التعلم وعلى اعتبار أن المقابلة الإرشادية عبارة عن موقف تعليمي يتعلم الفرد فيها كيف يمكنه حل مشكلاته ، وذلك نتيجة للنضج والنمو الذان يحدثان أثناء عملية المقابلة ، وما يتضمنه هذا النمو من تغيير في اتجاهات الفرد ، وفي قيمه ، وفي إدراكه للأمور بقدر ما ترجع إلى المشكلات الشخصية والدائية ، وعليه فإن المشكلات التي يعالجها الإرشاد النفسي تكون في الغالب مشكلات انفعالية (خير الزراد).

وقد ظهرت عدة تعريفات للإرشاد النفسي نرد منها ما يلي :-

- روجرز :- علاقة ذات بينية متسامحة تسمح للعميل أن يكتسب فهمها لذاته يؤدي إلى اتخاذ خطوات إيجابية نحو الوجهة الجديدة.
- زينب شقير :- علاقة بين فردين أحدهما المرشد النفسي مهمته تقديم المساعدة ، والآخر هو العميل الذي يسعى إلى فهم نفسه وحل مشاكله ، وتتضمن هذه العملية مساعدة الفرد (العميل) على استخدام إمكاناته وقدراته استخداماً سليماً للتكيف مع الحياة ، بهدف نمو إمكانيات العميل وقدراته وميوله من خلال حل مشاكله العقلية والاجتماعية والانفعالية والروحية.

- باترمون وإيزنبرج :- مساعدة المسترشد من التعامل مع الضغوط وأن يشترك في الأنشطة التي تؤدي إلى النمو ، وأن يتخذ

القرارات ، ومساعد المرشد المسترشد في أن يكتسب ضبطا علي مشكلاته المباشرة واحتمالاتها المقبلة.

- مفتوحة سلاسة: مساعدة الفرد علي التوافق وفي اتخاذ القرارات الذكية التي تتعلق بكيفية مواجهته لما يعترضه من مشكلات ، والقدرة علي اتخاذ القرارات أو القيام باختيارات حكيمة من بين بدائل حلول محتملة ، أي أنه المساعدة أو العون للذي يقدمه شخص ذو صفة مهنية لشخص آخر للقيام باختياراته وتوافقاته وفي حل مشكلاته.

- حامد زهران: الإرشاد النفسي عملية بناءة تهدف إلي مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي امكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلي تحديد وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا وزوجيا.

أهم مجالات الإرشاد النفسي:-

- الإرشاد العلاجي:- هو مساعدة العميل في اكتشاف وفهم وتحليل نفسه ، ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التي تؤدي إلي سوء توافقه النفسي ، والعمل علي حل مشكلاته بما يحقق أفضل مستوي للتوافق والصحة النفسية.

- الإرشاد النفسي:- ويهدف إلي تبصير المسترشد بأسباب مشكلاته ومساعدته في اتخاذ قراراته وتعديل سلوكه ، ويهتم بمعالجة المشكلات النفسية التي تعوق توافقه النفسي مثل الإرشاد العلاجي.

الإرشاد التربوي:- ويهدف إلى مساعدة الفرد في رسم الخطط التربوية التي تتناسب مع قدراته وميوله وتحقيق أهدافه ، كما يسهم بمساعدته على حل مشكلاته التربوية بما يحقق توافقه التربوي ومساعدته على تحقيق استمراره في الدراسة وتحقيق النجاح منها.

الإرشاد الديني: يهدف إلى بحث الإيمان والثقة بالنفس وكذلك الاهتمام بالتعاليم الدينية الدنيوية والعمل على توجيه الفرد توجيهاً دينياً سليماً.

الإرشاد الأخلاقي:- يهدف إلى تحقيق النمو الأخلاقي ، والبعد عن الشر وتحقيق الفضيلة والعدل والأحكام الصحيحة الصادقة ، والمعاملة الوجدانية الصحيحة ، وتحقيق السلوك الأخلاقي لدى الفرد.

الإرشاد المهني (التأهيلي):- لمساعدة الفرد في اختيار مهنته بما يتناسب مع قدراته وميوله وظروفه الاجتماعية وحاجة المجتمع ، ووضع الشخص المناسب في المكان المناسب بما يحقق التوافق المهني بما يعود بالخير على الفرد والمجتمع.

الإرشاد الزوجي:- يساعد الفرد على اختيار زوجه ، والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والاستقرار والسعادة ، وتحقيق التوافق الزوجي ، وحل ما قد يطرأ من مشكلات زوجية قبل الزواج وإثناءه وبعده.

الإرشاد الصحي:- ويهدف إلى تحقيق الصحة النفسية والصحة الجسمية لدى الفرد ، وتحقيق التوازن النفسي والعصوي والفكري لديه ، وزيادة التنوعية والثقافة الصحية.

الإرشاد الاجتماعي:- ويهتم بتوجيه معايير الفرد وقيمه وعاداته وأنواره الاجتماعية وتحقيق التفاعل الاجتماعي السليم والتكيف للمناسب.

ارشاد الأطفال: يهدف إلى مساعدة الطفل لتحقيق نمو سليم متكامل ، ورعاية نمو الطفل نفسيا وتربيتهم اجتماعيا لو حل مشكلاتهم اليومية.

الارشاد الأسري:- يتركز في مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين والأولاد) فرادي أو جماعة على تفهم الحياة الأسرية ومسئولياتها ، وتكوين وجهة نظر إيجابية ، وتعلم تحقيق الأهداف الدقية والأسرية من خلال اختيارات ذات معنى لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية ، بهدف تحقيق سعادة واستقرار الكيان الأسري وبالتالي سعادة المجتمع واستقراره.

وفي مجال أسر المعوقين فإن مراحل الارشاد التي يتم بها وعي الوالدين والأسرة بمشكلة طفلهم المعوق لأول مرة إلى أن يصل إلى تقبل الطفل وهذه المراحل هي:-

الوعي بالمشكلة التعرف على المشكلة الأساسية - البحث عن سبب - البحث عن علاج - تقبل للمشكلة.

وقد اشتملت وسائل الارشاد الأسري على وسائل متعددة منها: الاختبارات ، والمجلات والملاحظة ، دراسة الحالة ، السيرة الذاتية .. الخ.

ارشاد الشباب:- هو عملية المساعدة فسي رعاية وتوجيه الشباب نفسيا وتربويا ومهيبيا واجتماعيا ، والمساعدة في حل مشكلاتهم اليومية . يهدف مساعدة الشباب في تحقيق نمو سليم متكامل ، وتوافق سوي شامل ، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية.

الارشاد النفسي في مجال الجامعة:- حدد عبد الله سليمان وظائف الارشاد في الجامعة منها: أجراء البحوث ، وتقديم وتشخيص

للطلبة لتحديد أساليب للتدخل الإرشادي الملائمة ، للتدخل الإرشادي وتقديم الخدمات الإرشادية للطلبة ، تقديم الاستشارات المهنية والفنية من أجل خدمة الطلاب وتعليمهم ، وتطوير برامج الخدمات والإشراف على خدمات الإرشاد بالجامعة وتقويم كل ما يقدم من خدمات.

أنواع الإرشاد النفسي:-

الإرشاد المباشر: ويستخدم عندما يكون هناك نقص في المعلومات لدى العميل وتقدم المعلومات بشكل مساعدة مباشرة ، كما تقدم الحلول الأفضل لمشكلات المريض ، ويقوم المرشد بوضع الخطط للمريض ، وتحديد الاحتمالات اللازمة وتطبيقها ، ويتابع مدى نجاح العلاج الذي حدده.

الإرشاد غير المباشر: أي الإرشاد غير الموجه ، حيث يهيئ المرشد الجو أمام العميل من أجل التعبير عن مشاعره ، والتعرف على مشكلته ودراستها ، واتخاذ قراراته بنفسه ، والوصول إلى حل لها ، بشرط عدم سلبية المعالج ، وعليه أن يستمع للعميل ويتعاون معه من أجل التحرك نحو الهدف المطلوب.

الإرشاد الغيري: وهو أسلوب توفقي يجمع بين طرق الإرشاد المختلفة بحيث يأخذ منها ما يناسب ظروف المرشد والمسترشد والمشكلة والعملية الإرشادية بصفة عامة. وينقسم إلى :

أ- الاختياريين الطرق وهو أسلوب يعتمد على اختيار أسلوب أو أكثر من الأساليب الأخرى للإرشاد بناء على نوع المشكلة وظروف وامكانيات المرشد والمسترشد.

ب- للجمع بين الطرق ، حيث يقوم المرشد بالجمع بين عدد من الطرق ويختار من كل طريقة أفضل ما فيها (زهران).

الإرشاد العرضي: حيث تتم عملية الإرشاد بسرعة وبصورة طارئة ، وبدون تخطيط مسبق أو برنامج محدد ، وهذا النوع من الإرشاد العرضي يقابله نوع من التوجيه العرضي ، حيث يتقاضى الموجه فيه كثير من ضرورات التوجيه ، ومن ثم فهو يقوم علي أساس ضعيف ، وهو عمل طارئ وليس عملية منظمة ، وله بعض الفائدة في السير في الاتجاه الصحيح.

الإرشاد الفردي:- وهو إرشاد فرد لفرد وجها لوجه وبشكل مباشر ويمكن استخدامه في إرشاد الفئات الخاصة وأصحاب المشكلات ذات للطبيعة الخاصة مثل المشكلات الجنسية والجموح

الإرشاد الجماعي: هو إرشاد مجموعة من الأفراد الذين يتشابه مشكلاتهم مع بعضهم في مجموعة واحدة أو أكثر ، ويمكن استخدامه في الإرشاد التربوي والإرشاد المهني ، وحالات الانطواء ، والحجل ، والشعور بالنقص ، ومن أساليبه الميكودراما والسوسيونراما ، والندوات والمحاضرات والمناقشات الجماعية.

الإرشاد السلوكي:- وهو إرشاد علاجي يعتمد علي أسلوب التعلم وإعادة التعلم وتعديل السلوك ، ويستخدم في ذلك بعض الأساليب منها: التحقيق المنهجي ، التقدير الموجب ، التقدير السلبي ، الانطفاء ، الممارسة السالبة ، فيحتاج هذا النوع من العلاج إلي تدريب وممارسة وإتقان.

الإرشاد المختصر: هو إرشاد يهدف إلي حصول الفرد علي أكبر فائدة إرشادية في أقل وقت ممكن ، ويستخدم بعض الأساليب التي من شأنها إحداث الإقناع والتغير في شخصية المبتسرشد مثل: التنقيص الانفعالي ، الشرح ، التفسير ، الإقناع ، ويعد هذا النوع من

الإرشاد ناجحاً في الوقت الحاضر حيث تميزه بالسرعة وكثرة الأسماء والأعمال لدى الأفراد الذين لا يجدون وقت كافي لأصول الإرشاد الأخرى.

أهداف الإرشاد النفسي:-

- تسهيل عملية تغيير السلوك.
- تحقيق التوافق النفسي للفرد.
- تحقيق الصحة النفسية للفرد.
- تحقيق الذات. (زهران)
- زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة.
- النهوض بعملية اتخاذ القرارات.
- تحسين العلاقات الشخصية.
- المساعدة في تنمية طاقات المسترشد (الشناوي).
- تحقيق التواصل النفسي والاجتماعي.
- حل الصراعات والمشكلات التي يتعرض لها الفرد.
- تحقيق التوافق المهني والتربوي والاجتماعي.
- تحسين العملية التربوية.

مراحل الإرشاد النفسي ، ومناهجه وأوقاته:-

أوضح خير الزرard أن الإرشاد النفسي يمر في ثلاث مراحل

هي:-

الأولي: وضع الأسس لإقامة علاقة مشاركة وتعاون بين المعالج والمريض ، مع ضرورة منح الثقة للمريض ، وتشجيعه على التحدث عن مشكلته بأسلوبه الخاص.

الثانية: الحصول على المعلومات التي تبدو هامة والمتعلقة بظروف المريض وأعماله الماضية والحاضرة.

الثالثة: مرحلة الاختيار الحقيقي واتخاذ القرارات ، وذلك من خلال مساعدة المريض على أن يصبح عارفا بحقه ، وبدوافعه الخفية.

وأهم المناهج المتبعة في الإرشاد النفسي:-

١- المنهج الانمائي.

٢- المنهج الوقائي.

٣- المنهج العلاجي.

ويحتاج المرشد النفسي إلى المعلومات التالية لنجاح عملية

الإرشاد:-

- السيرة الذاتية وتاريخ الحالة.

- التدرجات العقلية العامة والخاصة.

- الاستعدادات الخاصة.

- مستوى التحصيل الدراسي.

- الميول والهوايات.

- الاتجاهات النفسية والقيم.

- الجوانب العقلية والانفعالية في الشخصية.

- الصحة الجسمية.

- الإمكانيات المادية المتوفرة من أجل تحقيق عملية التوجيه

والإرشاد ، ويتم الحصول على هذه المعلومات عن طريق أدوات

المنهج الكليبيكي وهي:- الملاحظة - المقابلة - الاختبارات

والمقاييس النفسية المجالات اليومية والسنوية.

العلاقة بين التوجيه والإرشاد النفسي والعلاج النفسي:-

يعرف التوجيه بأنه عملية إرشادية تتضمن مجموعة من الخدمات التي تقدم للأفراد لمساعدتهم على فهم أنفسهم وإدراك المشكلات التي يعانون منها ، والانتفاع بمقدراتهم ومواجههم في التعامل مع المشكلات التي تواجههم ، بما يؤدي إلى تحقيق للتوافق بينهم وبين البيئة التي يعيشون فيها حتى يبلغوا أقصى ما يستطيعون الوصول إليه من نمو وتكامل في شخصياتهم.

ويعبر مصطلحا التوجيه والإرشاد عن معنى مشترك ، وهما مترادفان ويكمل بعضهما البعض من حيث المهمة والهدف ، إلا أن هناك بعض الاختلافات بينهما حيث أن التوجيه لا يحتاج تخصص بينما الإرشاد باعتباره وسيلة وقائمة علاجية يتطلب التدريب والكفاءة. كما أن التوجيه يتضمن أسس عامة ونظريات وبرامج بينما الإرشاد يمثل الجانب العملي التطبيقي للتطبيق ، وعليه فإن التوجيه عملية يجب أن تسبق الإرشاد وتمهد له ، بينما يكون الإرشاد بذلك الناتج النهائي لبرامج التوجيه ، وأخيرا فإن التوجيه لا يمكن غير أن يكون عمل جماعي بينما الإرشاد يتضمن علاقة إرشادية بين المرشد والمسترشد وجها لوجه.

أما عن علاقة التوجيه النفسي بالعلاج النفسي فقد تعارضت الآراء عن كونهما أسلوبين مختلفين أو كونهما أسلوبين متشابهين فيرى البعض مثل رورجرز أن الإرشاد النفسي مرادفا للعلاج النفسي والمؤيدين لذلك الرأي يرون أنهما وجهين لعملة واحدة يشتركان في الأساليب والأدوات التي يستخدماتها.

إلا أن المعارضين يرون بعض الاختلافات بينهما مثل:

- بينما يهتم الإرشاد النفسي بالأسوياء وذوي المشكلات الأقل خطورة والأقل عمقا ويصاحبها قلق عادي ، نجد أن العلاج النفسي يهتم بالأعصاب والأذنه وذوي المشكلات الانفعالية الحادة والخطيرة.

- أن الإرشاد النفسي يركز على حاضِر الفرد وعلى ما يشعر به وما يكون واعيا به ، في حين أن العلاج النفسي يركز على الجوانب اللاشعورية والصراعات الخفية والمكبوتات (أي أن العلاج النفسي يتغلغل داخل الشخصية).

- يعتمد الإرشاد النفسي في معاونة العميل على أسلوب التدعيم وأسلوب الاستبصار بينما يعتمد العلاج النفسي على كلا الأسلوبين بجانب أسلوبا ثالثا هو إعادة التربية وإعادة بناء الشخصية.

- إذا كان الإرشاد النفسي يهتم بمساعدة العميل على تبصيره بمشكلاته ، ومساعدته في تنظيم وبناء شخصية على مستوى الوعي ، فإنه في العلاج النفسي يقوم المعالج بالتدخل في إعادة بناء وتنظيم الشخصية أي أن لعبه الأكبر يقع على المعالج الأمر الذي يتطلب منه أنه يكون على مستوى عال من الكفاءة والمهارة والإلمام بنظريات العلاج النفسي المختلفة بكل طرقه وأساليبه.

العلمون في مجال التوجيه والإرشاد النفسي:-

- أوضح حامد زهران نقلا عن شوبين أن هناك مسئوليات عامة لجميع الأعضاء فريق التوجيه والإرشاد ما يلي:-
- مراعاة أخلاقيات الإرشاد النفسي والقيم الأخلاقية العامة.
- القدرة الحمسة سلوكيا حتى يتوحد معهم العملاء.

- القيام بدور الوالدية النفسية حيث تقدم المساعدة والمساندة والتربية والتعليم وحل مشكلات وعلاج الاضطرابات في مناخ نفسي مناسب
- الاشتراك في تخطيط برنامج التوجيه والإرشاد.
- الاشتراك في إجراء البحوث والدراسات المسحية.
- الاشتراك في جمع المعلومات عن العملاء وتنظيمها وتحليلها.
- تقديم الخدمات والمساعدات الإرشادية الاتمائية والوقائية والعلاجية كل حسب تخصصه.
- العمل في تعاون وتناسق مع كل من يستطيع الإسهام في مساعدة العملاء.

- معرفة مصادر وجهات الإحالة والتعامل معها.
- الاشتراك في تقييم برنامج التوجيه والإرشاد.

ونجد أن القائمين بمسئولية الإرشاد النفسي هم في مستويات مختلفة من حيث الكفائية اللازمة والخبرة والمعرفة ، ثم هي في تشعبات من حيث جوانب التخصص الدقيق في مواجهة للمشكلة ذاتها وهم:-

- ١- المعلم: وهو واجهة فريق التوجيه والإرشاد وأكثر أعضائه مسئولية أمام عدد كبير من الجهات والأفراد ، فهو مسئول أمام الجهات الأعلى والجهات الخارجية والوالدين والعملاء أنفسهم ، ويقوم بإدارة برنامج التوجيه والإرشاد والإشراف على إعداد خطته وميزانيته ، كما يقوم بقيادة فريق التوجيه والإرشاد ، والتنسيق العام.

- ٢- الوالدان وكبار الأسرة: حيث أنه للوالدين دورهما الرئيسي باعتبارهما مصدرا هاما لتقديم المعلومات إلى المرشد الأخصائي عن طفلها ، خاصة وأن الطفل لا يستطيع للتعبير الدقيق عن كل

ما يعانيه نفسيا واجتماعيا وسلوكيا أثناء معالجته لدى المرشد ، كما أن أحد الوالدين يذكر أزمات وأحداث كان يعيشها الطفل سنوات الرضاة والمهد والطفولة المبكرة.

والوان قد يكون للمساعدين للمرشد النفسي في علاجه لمشكلات الطفولة المتأخرة والشباب ، وذلك لعلاقتها في كثير من الحالات بالمشكلة ذاتها ، كما أنهما كثيرا ما يشرفان على تنفيذ التعليمات للمساعدة في مواجهة مشكلة أبنائهم وبناتهم.

ويمتطيع المرشد المتخصص جلساته المتعددة مع الوالدين أن يتعرف على بعض الأسباب والدوافع التي تعين بدورها على سلامة التشخيص وصحة العلاج.

٣- للمرشد النفسي: - يتم إعداده في أقسام علم النفس بالجامعات ، ويتم تدريجه في مراكز الإرشاد النفسي والعيادات النفسية وفي المدارس وغيرها من المؤسسات تحت إشراف الأساتذة والخبراء. وأشارت فويلا الليلاوي أن تأخذ برامج إعداد المرشد النفسي نظاما مختلفة تتباين وفقا لنوعية المجالات التي تمارس فيها مهنة الإرشاد النفسي ومستوى الأدوار المهنية للمرشدين في التعامل مع الظواهر والمشكلات التي تتراوح ما بين الاستشارة إلى الإرشاد والعلاج ، وكذلك وفقا لطبيعة المؤسسات التي يتضمن التصريف المهني بها دوراً ووظيفة للمرشد ، ومع كل هذا التباين يتم إعداد المرشدين من خلال نظام من العملية البيئية التي تشارك فيها أقسام وتخصصات أكاديمية متعددة.

وتتوفر معظم برامج إعداد المرشدين في مؤسسات معروفة ومعترف بها بالجامعات ومؤسسات للتعليم العالي ، فالمرشدون

النفسيون أو الأخصائيون في علم النفس الإرشادي يتم اعدادهم في أقسام متخصصة في علم النفس مثل أقسام علم النفس ، أو علم النفس التربوي ، أو علم النفس الإرشادي والتربوي بالمرحلة العليا بدرجة الدكتوراه. بشرط أن يقوم إعداد المقرر علي نظام مؤسسي يتضمن جانبين متكاملين: أولهما نظام للتعليم وما يتضمنه من نظام إعداد المرشدين بالجامعات والمؤسسات المعنية ، أما للجانب الثاني فهو وجود رابطة أو هيئة معتمدة مسؤولة عن تنظيم مهنة الإرشاد والتنمية المهنة للمرشدين ، والتصديق علي برامج أعداد المرشدين ، وتنظيم اللوائح الخاصة بالمعايير الأخلاقية والقواعد القانونية ، وكذلك منح إجازات الترخيص للعمل في هذه المهنة (قبولا الليلاوي ، ١٩٩٧)

والمرشد النفسي هو الشخصية العلمية الأولى التخصصية المسؤولة بدرجة رئيسية عن الإرشاد والتوجيه. ويهدف أن يتضمن تخصصه مجالا دقيقا ، فهناك لوائح رئيسية من المرشدين النفسيين:

- المرشد النفسي التربوي ، يعمل بوزارات التربية والتعليم والتعليم العالي (المرشد التربوي).

- المرشد النفسي العلاجي ، يعمل في العيادات النفسية والمصحات والمستشفيات.

- المرشد النفسي المهني ، يعمل في المؤسسات الصناعية.

- المرشد النفسي العسكري ويعمل في القوات المسلحة.

وتتخلص وظيفة المرشد النفسي فيما يلي:-

١- تنمية وتشخيص وعلاج الحالات التي يعاني منها الأفراد المترددين عليه ويتم ذلك في خطوات تتمثل في:

• فهم دقيق للمسترشد من خلال مهارة جمع المعلومات عنه بالطرق المختلفة.

• تحليل وتصنيف المعلومات وتنظيمها .

• استنتاج حاجات للمسترشد واضطرابه وطبيعة مشكلته وأسبابها.

• تحديد الطريقة الإرشادية ومراحل استخدامها مع المسترشد.

• مساعدة المسترشد علي التخلص من اضطرابه وحل مشكلاته.

٢- الاشراف علي التنمية النفسية للوقائبة في تجمعات الأفراد كالمدراس مع الطلاب ، والمصانع مع العمال ، وأعضاء النادي، والجنود ، والسجناء في السجن ، والمرضى في المستشفيات.

٣- المشاركة في تطوير العملية التربوية والمناهج الدراسية مما يحقق أعلى قدر من الإرشاد النفسي الوقائي والإيماني في إطار التربية والتعليم بمختلف مراحل الدراسة ومؤسساتها.

٤- الاشتراك في النشاط العلمي لأقسام علم النفس خاصة شعبة الإرشاد النفسي ، والمساهمة المباشرة في تدريب الدارسين من تلك الأقسام والشعب في مختلف العيادات النفسية والمراكز الإرشادية (عبد الحميد الهاشمي).

٤- المعالج النفسي Psychotherapist : هو الأخصائي الذي يقوم بعملية العلاج النفسي ، ويتخرج من أحد أقسام علم النفس بالجامعة ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي علي مستوى الدراسات العليا حتي الدكتوراه في تخصص الصحة النفسية والخبرة في العلاج النفسي مع الحصول علي ترخيص لممارسة العلاج النفسي. ويتمثل دوره الإرشادي في : (زهران).

- تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية.

- علاج المشكلات النفسية الحادة المستمرة.
- علاج حالات العصاب والجناح واضطرابات الشخصية.
- الاشتراك مع الطبيب النفسي في علاج الحالات النفسية الجسمية.
- الاشتراك مع بقية أعضاء الفريق في برنامج الإرشاد الإنمائي والوقائي في مجال الصحة النفسية.

٥- الأخصائي النفسي المدرسي School Counselor :

يحدد بيكر Baker المهام المهنية للمرشد النفسي المدرسي التي ينبغي عليه القيام بها ، وذلك وفقا للمعايير الأخلاقية للمهنة التي وضعتها رابطة المرشدين المدرسين الأمريكية فيما يلي:

١- الخدمات الإرشادية Counseling Services :

حيث يساعد المرشد المدرسي في وضع برامج التوجيه والإرشاد النفسي بالمدرسة ، واقتراح آليات تنفيذ تلك البرامج ، وتقديم الخدمات الإرشادية الفردية والجماعية للتلاميذ.

٢- الخدمات التربوية Pedagogical Services :

حيث مساعدة التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم ، وتقديم الخدمة الإرشادية للمدرسين حول طرق التدريس والتقويم.

٣- الخدمات الاستشارية Consulting Services :

حيث يعتبر المرشد النفسي المدرسي المصدر الأساسي لتقديم الاستشارة لجميع العاملين بالمدرسة حول أفضل الطرق للتعامل مع المشكلات المدرسية.

٤- خدمات الإحالة Referral Services :

أي مسئولياته عن تحويل الحالات الحرجة التي لم يتمكن من التعامل معها إلى للجهات المختصة في مجال الخدمة الطلابية (عبادة توجيه الطلاب) أو مؤسسات الصحة النفسية.

٥- خدمات المعلومات Information Services :

حيث إمداد التلاميذ وأولياء الأمور بالمعلومات التربوية والمهنية التي تساعد في اتخاذ القرارات المرتبطة بالتخطيط الجيد لمستقبلهم الدراسي وحياتهم العملية والمهنية.

٦- خدمات التوجيه Placement Services :

حيث يساعد المرشد المدرسي في توزيع التلاميذ على فصول المدرسة واختيار المكان المناسب داخل الصف الدراسي.

٧- خدمات التقييم Assessment Services :

ويتعلق بتقييم البرامج التربوية وبرامج التوجيه والإرشاد النفسي بالمدرسة وفقا لمعايير محددة وأعداد مجالات ومعلومات وبيانات متعلقة بتقدير التلاميذ.

٨- خدمات المحاسبة (المساءلة) Accountability Services :

ويتضمن ذلك تحديد المسئوليات والمحاسبة عن الأعمال التي يقوم بها العاملون بالمدرسة (Baker, 1992) في عبد الرحمن سلويمان وهشام عبد الله).

وهناك العديد من المشكلات التي يمكن للأخصائي النفسي المدرسي أن يكون له دور واضح وفعال في حلها ، وتختلف تبعاً لمرحل التعليم لارتباطها بمرحل النمو المختلفة أهمها:

١- خوف التلميذ من المدرسة عند دخولها لأول مرة ، حيث يمكن للأخصائي أن يعد البرامج لإرشاد الأسرة في كيفية إعداد الطفل لاستقبال عامه الأول في المدرسة.

٢- تهر فكر الطفل ، حيث يهيئ الأخصائي المناخ المدرسي لتقديم الخبرات التعليمية التي تعلم الفكر وتنمية ، بعيدا عن كهر فكر للتلميذ بتقديم المعارف والمعلومات لحشو عقله مما يفقده القدرة على التفكير .

٣- الغش في الامتحانات حيث يبرز نور الأخصائي النفسي المدرسي الوقائي والعلاجي معا ، من أجل الحفاظ على الجانب الأخلاقي والقيمي بالتصدي لهذه المشكلة.

٤- الكشف عن المبدعين وتنمية الإبداع ، ويتم ذلك من قيام الأخصائي النفسي المدرسي بتطبيق الاختبارات النفسية المختلفة عن التلاميذ المبدعين ، وللمساعدة في تهيئة المناخ النفسي الذي يساعد على تنمية الإبداع ، لجعل برامج تنمية الإبداع موضع التطبيق من خلال المشروعات والمسابقات .

٥- قلق الامتحان ، يمكن للأخصائي النفسي بالتعاون مع المدرسين أن يخفف من المناخ النفسي المشحون الذي يؤدي إلى حدة التوتر والقلق لدى التلاميذ مع اقتراب موعد الامتحانات ، ويستمره لدافعية أفضل في التحصيل .

٦- التوجيه التعليمي حيث يقوم الأخصائي النفسي المدرسي بعملية التوجيه التي تهدف إلى مساعدة الفرد في الكشف عن إمكانياته ومقارنتها بمرض الحياة المتاحة له ، ومساعدته على إيجاد مكنان لنفسه حتى يستطيع أن يحيا حياة مترنة.

٧- التأخر الدراسي : حيث يشارك الأخصائي النفسي المدرسي في الكشف عن هؤلاء التلاميذ المتأخرين دراسياً وعن الأسباب النفسية المؤدية لذلك ، حتى يستطيع التلميذ أن يسير سيراً منتظماً في درسته .

٨- المشاكل السلوكية العامة ، ويمكن للأخصائي أن يلعب دوراً ذا أهمية فعالة في الكشف عن مثل هذه المشكلات (مثل العدوان ، والتدخين والمخدرات) ومواجهتها . (إسماعيل الفقي) .
وأهم خصائص المرشد النفسي المدرسي:-

- الصحة النفسية والقدرة على التكيف.
- الذكاء والمرونة الحقلية والقدرة على الإبداع.
- الموضوعية والإخلاص في العمل.
- الحرص على النمو المهني وتنمية الذات.
- توفر سمات خاصة كالقدرة على الإقناع والتأثير وحس الآخرين.
- المرونة والانفتاح والقدرة على الإقادة من كل جديد وتطويره لخدمة أهداف العملية الإرشادية.
- قدرته على مواجهة التغيير والتكيف معه ، ولأن يكون قادراً على مساعدة الطلبة على استوعاب التغيير المستمر في جوانب الحياة المختلفة (عدنان الفرج).
- ويعد المرشد النفسي المدرسي في كليات التربية مع ضرورة الاهتمام بالبقاء وتدريب.

٦- المدرس المرشد Teacher - Counselor :

يعد المرشد المدرسي في كليات التربية ، مع الاهتمام بانتقاء وتدريب المدرس في تلك الكليات بالإضافة إلى إعداده تربوياً ونفسياً ، علاوة على مواد الإعداد الإرشادي وتمثل وظائفه في الآتي :-

- أن يدرس ويعلم حالة الطالب وحيد أو مع زملائه كجماعة مما يساعده على حسن التعامل والتأثير

- الرعاية الإرشادية للتكوينية الانمائية ، وذلك بتقديم أحسن النماذج السلوكية والانفعالية.

- توجيه العملية التربوية والعمل من خلالها إرشادياً لمواجهة المواقف واتخاذ القرارات وحل المشكلات في نطاق المدرسة والمواقف التعليمية المتجددة.

- حل المشكلات الصعبة للتربوية: كالتأخر الدراسي ، كثرة الغياب ، حوادث الشغب.

- مساعدة المرشد المتفرغ في إجراء الاختبارات والمقاييس النفسية والاجتماعية لاكتشاف استعدادات الطلاب وتحديد قدراتهم.

- إحالة الطلاب ذوي المشكلات الانفعالية إلى المرشد المتفرغ مع تقديم ما لديه من معلومات عن أولئك الطلاب مما يعين على إرشادهم.

- المشاركة في الإرشاد الجماعي لطلاب الفصل أو طلاب المدرسة.

- المساهمة في نشاط الإرشاد المهني والاجتماعي بالمدرسة.

٧- الطبيب: ويشمل :-

أ- الطبيب النفسي Psychiatrist :

ويخرج من كليات الطب بعد حصوله على دبلوم خاص في الدراسات العليا في الطب النفسي وما يتصل بها بالأمراض العصبية والنفسية.

ب- الطبيب العام: ويوجد في فحص المسترشد من الناحية الجسمانية العنصرية للتأكد على سلامته الوظيفية الجسدية حتي يتم التركيل علي العوامل النفسية في الاضطرابات والمشكلات التي يعاني منها المسترشد.

ج - الطبيب المتخصص في القلب أو الأوعية الدموية أو الضغط أو الأذن أو العين أو الحواس أو الأعصاب وغيرها (علي سليمان).

٨- الأخصائي النفسي Psychologist :

هو المساعد الرئيسي للمرشد النفسي ومن بينهم الأخصائي النفسي القياسي والأخصائي النفسي العلاجي ، ويخرج من أحد أقسام علم النفس بالجامعة ، ويفضل حصوله علي دبلومات دراسات عليا في أحد تخصصات علم النفس أو الإرشاد النفسي (كالماجستير).

ويحتاج الأخصائي النفسي العلاجي إلي دراسات كلونيكية خاصة ، ويتركز دوره الإرشادي في:-

- إجراء الفحص النفسي علي المسترشد وعمل دراسة حالة من أجل التشخيص المبدئي.

- القياس النفسي وإجراء الاختبارات.

- ملاحظة ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام وتحديد النمط العام.

مساعدة المرشدين والمعالجين النفسيين في تقديم الكثير من خدماتهم مثل المشاركة في الإرشاد الجماعي.

- الاختصاص في نواحي معينة من عملية الإرشاد كالترتيب على الكلام أو الإرشاد باللعب ... الخ.

٩- الأخصائي الاجتماعي:-

يكون على صلة دائمة بالمدرسة والطلاب ويسمى بالأخصائي الاجتماعي الطبي النفسي في مجال العلاج والطلب النفسي ، ويدرس في أقسام علم الاجتماع بالجامعة أو معاهد الخدمة الاجتماعية ، ويساهم في تفسير مظاهر السلوك الاجتماعي للمضطرب ، ويقوم بجمع معلومات عن بيئة المريض وحياته الاجتماعية الخارجية.

١٠- المستشار (المصلي) Counsellor :

هو مركز عملية الإرشاد ومرجعها ومبدؤها وغايتها ، وعلى المستشار واجبات أهمها:-

* عندما يشعر المستشار بأزمة أو مشكلة انفعالية يسعى من نفسه لطلب الإرشاد إما بالمحاولة الأولية مع ذاته لأنه أعلم بمشكلته وإذا تعذر عليه ذلك يلجأ للمرشد للنفسى أو الأخصائي النفسى.

* المستشار مسئول عن صحة المعلومات التي يقدمها عن حياته السابقة وعن مشكلاته وما مر به من أحداث.

* أن يتخذ المرشد القرار المناسب في البدء في مواجهة المشكلة ومهم ذاته.

* التنفيذ العلمي والمتابعة المستمرة لحالته أو حضور الجلسات ، وتفيد الخطوات التي يضعها المرشد.

وهناك المسترشد الكسول المتواكل ، والمسترشد الصامت المنسحب السليبي ، والمسترشد الممثل الذي لا يسرد الوقائع في حياته ، والمسترشد العدواني المقلوم الذي يرفض مساعدة المرشد. والمسترشد الحزين والبائس الذي يزهد في الإرشاد ، والمسترشد الممول للإرشاد إلى علاقات اجتماعية أي يريد أن يجعل التوجيه الإرشادي مجرد صداقة اجتماعية بعيدا عن حدود المهنة الإنسانية ومستوياتها في السلوك والآداب والعلاقات.

استراتيجيات الإرشاد النفسي:-

لن استراتيجيات الإرشاد النفسي تمهد لاكتساب السلوك المعدل لدى المسترشد مما يؤدي في النهاية إلى فاعلية العلاقات الاجتماعية. إن الهدف الرئيسي للمرشد هو تعريف كل ماهر خفي علي المسترشد من أمور ، فهو يعرف السلوك المرغوب ليحل محل كل السلوك المضطرب ، وعندما يكون تعديل السلوك واكتسابه مناسب للعمل فقد يشكو المسترشد من عدم قدرته علي إقامة علاقات اجتماعية ويصبح شخصا خجولا تتلبه المصراعات للشخصية العديدة والشعور بالقلق في الموقف الاجتماعية ، حيث أن الأحداث السلوكية تتضمن السلوك النوعي الذي يؤدي إلى التغير الاجتماعي. وبالنسبة للمسترشد الخجول والذي يعاني من القلق فإن أهدافا مشابهة قد تستمر وتحقق ولكنها تحتاج إلى تعديل لكي يتم وقوعها وحدوثها.

لن للمسترشد قد يشغل أو يجذب نحو استجابات لقطلة تشير إلى المعارضة والرفض والتفرد ، وهنا لابد أن تكون الاستجابة واضحة لكي تساعد المسترشد علي تقبل أو توضيح هذه الاستجابات ، كما قد نري للمسترشد العدواني أو القلق يبدو كما لو كان منغمسا في بعض

الاستجابات الخاصة التي تحتاج في الوصول إليها إلى المرشد ، وذلك لتخفيض شدة العدوان والقلق الذي يمكن إتهامه ، والواقع أن أول شيء في الاستجابة السلوكية هو ما ينتمي إلى حديث الممرشد في المقابلة (عبد الحمود الهامشي).

الفصل الثاني
التطبيقات الاكلينيكية
للإرشاد النفسي علي فئات كينينية مختلفة
أ- دراسات عربية
ب- دراسات أجنبية

أولاً: دراسات عربية في مجال الإرشاد النفسي:-

- دراسة أحمد مطر :عن فاعلية الإرشاد النفسي في خفض العدوان لدى عينة من مرحلة التعليم الأساسي بالإسماعيلية واستخدم تكتيكي السيكوندريما والقراءة مع الحالات ، وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض العدوان.

- دراسة سهير أمين: بهدف التعرف علي مدى فاعلية استخدام أسلوب الإرشاد الجماعي في تعديل السلوك الثلاثي لـدي المعاقين عقليا والمصابين بأعراض دوان من فئة القابلين للتطم ، وقد استند تصميم البرنامج علي مبادئ و فنيات ونظريات التعلم الاجتماعي ، وقد أسفرت النتائج عن تأثير البرنامج في تعديل السلوك غير المقبول اجتماعيا لدي عينة البحث التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

- دراسة الصيد الجندي :عن برنامج إرشادي مقترح لتعديل بعض الانحرافات السيكونوتية المرتبطة بالمتغيرات الأسرية والمدرسية لدي عينة من ذوي الإعاقة السمعية بمدارس الصم والبكم بالمرحلة الإعدادية ، وكانت أهم المتغيرات السرقة ، الانحرافات الجنسية ، الكذب ، وجاءت النتائج لتؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في التخفيف من حدة المتغيرات السلبيه الثلاث بما يساعد علي تحقيق قدر من التوافق لديهم.

- دراسة راشد السهل: عن استخدام الإرشاد السلوكي المتعدد المحاور في علاج قلق الانفصال عن الأم للناج عن العدوان العراقي علي دولة الكويت وكانت أهم محاور البرنامج: التعزيز (الإيجابي والسلبى) ، الاسترخاء ، وتم تطبيق البرنامج علي الحالة بعد أن تم تشخيصها بعدة طرق ، وقد أظهرت للحالة تحسنا في الاعتماد علي

النفس وقلة الحدودان ، وهذا يوضح أن استخدام الإرشاد السلوكي متعدد المحاور المناسب ، المشكلة الانفصال عن الأم تعكس إيجابيا على الطفل مما يساعد على إعادة الطفل ثقته بنفسه.

-- دراسة عصام عبد العزيز: أثر الإرشاد النفسي في تعديل بعض المتغيرات النفسية المرتبطة بسلوك المراهقين العدوانيين بالمرحلة الثانوية ؛ وكان البرنامج الإرشادي المستخدم قائما على المحاضرات من إعداد الباحث ، وأسفرت النتائج عن تأثير البرنامج الإرشادي في خفض القلق النفسي ، وارتفاع درجة التكيف الشخصي والاجتماعي ، وارتفاع مفهوم الذات وارتفاع الحاجة للتحمل والقيمة العملية ووضوح الهدف لدى الطلاب العدوانيين بعد إجراء البرنامج.

- دراسة هشام مخيمر: للتعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مستوى الضيق الخفي لدى المراهقين الجامعيين ، وأجرى البرنامج الإرشادي على عينة من الجامعيين والجامعات المودعين في مؤسسات الأحداث ، وكانت أهم فئات البرنامج : المناقشة الخفية والحوار والتعلم بالنموذج ، وقد أسفرت للنتائج عن تأثير دال وموجب للمعالجة المستخدمة في البرنامج على عينة البحث.

- دراسة جبهة القوي: عن أثر برنامج إرشادي مقترح في خفض مستوى الخوف لدى عينة من الطالبات الجامعيات السعوديات ، وقد نجح البرنامج في خفض درجة المخاوف المرضية لدى عينة الدراسة وقد امتد تأثير البرنامج لمدة طويلة ظهرت من التطبيق البعدي للثاني لعينة الدراسة .

- دراسة لطفي الشربيني وآخرون: عن الإرشاد النفسي للأطفال المماء معاملتهم ، وكانت الحالة تعتبر مشكلة الاعتداء

الجنسي المحرم من جانب البالغين على الأطفال من المحارم ، وكان
مموذج الإرشاد النفسي المستخدم ذي مراحل ثلاث : الاستطلاع - الفهم -
الفعل وقد أسهم استخدام الإرشادي النفسي للحالة الصحية وللأسرة
بصورة فعالة في تقليل فرصة حدوث أية مضاعفات محتملة وتحقيق
نتيجة جيدة ، وتمت متابعة للحالة لمدة ٦ شهور من بداية العلاج لوحظ
تحسنا ملحوظا في أداء الفتاة في عدة جوانب ، حيث اختفت الأعراض
الجنسية والنفسية وتم التوقف عن استخدام الأدوية ، وحساس الفتاة
للعلاج والتزامها التام بالإرشادات .

-دراسة سهام عبد الحميد :تلتعرف على فاعلية برنامج إرشادي
لتخفيف حدة السلوك الانطوائي لدي المعاقين بصريا ، واستخدمت أدوات
التعلم بالنمذجة أي التظم بالقدوة ، وقد نجح البرنامج في خفض حدة
السلوك الانطوائي لدي عينة البحث .

-دراسة صهير أمين : عن فاعلية برنامج إرشادي في خفض
السلوك العدوانى لدي الأطفال المعاقين عقليا ، واستخدم برنامج الإرشاد
الجماعي القائم على التأييد والتشجيع بجانب مناقشة المهارات الاجتماعية
، وأسفر تطبيق البرنامج عن خفض معدل السلوك العدوانى لدي الأفراد
العينة .

-دراسة صلاح عبود : عن فاعلية برنامج إرشادي في خفض
السلوك العدوانى لدي عينة من تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي
من الجنسين ، وطبق عليها مقياس العدوان ، واستمارة ملاحظة السلوك
العدوانى ، واستمارة دراسة الحالة ، ولختبار TAT ، وبرنامج إرشادي
يستخدم فيه تكنيك الميكودرما ، وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج

الإرشادي وفاعلية تفكيك السيودراما في خفض العدوان لدى العينة التجريبية .

- دراسة مهير أمين: عن فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور المسنين ، وقد تضمن البرنامج الإرشادي: أسلوب المحاضرة والمناقشة ، أسلوب العلاج الاسترخائي ، أسلوب حل المشكلة ، وقد ساعد البرنامج الإرشادي على تحول السلوك غير المرغوب فيه لاجتماعيا وإحلال مفاهيم صحيحة مثل التعبير الانفعالي ، والتعبير الاجتماعي ، والعنصرية الاجتماعية ، والضييق الانفعالي ، كما ظهرت أنواع من الأفكار التي ساعدتهم على الاستبصار بمشكلاتهم ، كما ساعد أسلوب الاسترخاء على خفض التوتر الانفعالي ، ومن ثم انخفاض معدل الشعور بالوحدة لديهم.

ثانيا:- دراسات أجنبية في مجالات الإرشاد النفسي:-

- دراسة كولن بلد تون : للتحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي للتفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية ، وقد تبين انخفاض العدوانية لدى أفراد المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج الإرشادي مقارنة بالمجموعة الضابطة.

- دراسة سالمرز وتامند : عن أثر برنامج تدريبي إرشادي في خفض حدة العدوان لدى أطفال مرحلة رياض الأطفال ، وقد أسفر تطبيق البرنامج عن تحقيق درجة من التوافق النفسي لدى أفراد العينة بسبب انخفاض حدة العدوان لديهم ، ومما ساعد على نجاح البرنامج

استخدام فنيات برامج المهارات الشخصية والاجتماعية ومهارات الحياة اليومية في المنزل والمدرسة.

- دراسة موشيل منصور: للتحقق من أثر فاعلية برنامج إرشادي قائم على نوعية من البرامج : الأول قائم على المقابلات الشخصية ، والثاني تم تقديمه من خلال الاتصالات الهاتفية على عينة من الممنين ، أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية دالة بين نوع الاتصال (مباشر ، أو عبر الهاتف) ودرجة الوحدة النفسية.

الباب الثالث

- العلاج النفسي.

- طرق العلاج النفسي.

- التطبيقات الإكلينيكية للعلاج النفسي .

الفصل الأول

العلاج النفسي

- تعريفه .
- العناصر الهامة للعلاج النفسي .
- أهدافه .
- خطواته .
- خصائص المريض النفسي .
- خصائص المعالج النفسي .
- طرق وأساليب العلاج النفسي .

العلاج النفسي Psychotherapy

تعريفه :

يعني مصطلح العلاج النفسي حرفياً مداواة النفس ، وهو صورة من صور مناقشة مشكلات ذات طبيعة انفعالية ، يقوم فيها شخص مدرب بتكوين علاقة مهنية من نوع ما ، مع مريض يسعى إلى إزالة أو تعديل أو تأخير أعراض معينة أو تغيير أنماط سلوك ظاهري ، وغايته من ذلك كله تعزيز وتقوية الجوانب الإيجابية في شخصيته الانامية وتطورها.

ويعرفه حامد زهران بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه ، حيث يتم العمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكانياته ، وتنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي ، يستخدم في العديد من الميادين : الصحة النفسية ، الطب النفسي ، الخدمة الاجتماعية (العلاج الاجتماعي) ، التربية والتعليم (وخاصة الإرشاد النفسي) .

ويخلص محمد الطيب بتعريف للعلاج النفسي بأنه عبارة عن شكل من أشكال علاج الأفراد (المرضى) من ذوي الأفكار أو الوجدانيات أو الأفعال المضطربة ، ويقوم بالعلاج أفراد (معالجون) عن طريق عملية التبادل اللغوي في الغالب ، ويكون الهدف الخاص

من ذلك واضحا لكليهما وهو التخفيف من هذه الاضطرابات وتشجيع السلوك الأفضل .

وأشار إلى أهم العناصر العامة لعملية العلاج النفسي :

١- وجود فرد أو أكثر (مريض) لديهم بعض الدوافع بمشكلات الحياة التي أهملت أو التي لم تستخدمها.

٢- وجود فرد أو أكثر (معالجون) يعتقدون نسبيا إلى الاضطراب ، ويدركون ما يعانيه المريض من ضيق ، ويعتقدون أن لديهم القدرة على مساعدتهم في تخفيف هذا الضيق .

٣- فهم المعالج للمريض والتجاوب معه نفسيا.

٤- إدراك المريض لإكبار المعالج له وتجاوبه معه نفسيا.

٥- إمداد المعالج للمريض بمعلومات أدق عن عناصر الواقع في بيئته.

٦- مساعدة المريض للوصول إلى تقويم نفسه تقويما أحسن.

٧- التشجيع الإيجابي.

٨- زيادة عدد المهام التي نعهد إلى المريض تدريجيا ، ليقوم بأدائها بين جلسات العلاج ، لتطبيق المعلومات الجديدة التي حصل عليها عن نفسه وعن بيئته (الواجب المنزلي).

٩- عملية تدريجية يتعلم المريض عن طريقها الاستقلال عن المعالج .

أهداف العلاج النفسي:-

- إزالة أسباب الأمراض.

- علاج أعراض الأمراض.

- تعديل أو تغير وإزالة السلوك السيئ أو التكيف السيئ.

- تعلم العميل كيفية اتخاذ القرارات أو عملية اتخاذ القرارات.

- إعادة للفرد وتخليصه مما يعانيه من الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات الأخرى.
- التصدي لعلاج الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الفرد.
- تقوية ورفع مستوى النمو الإيجابي في تطور الشخصية.
- إتمام نضج الشخصية وكمالها.
- اكتساب اتجاهات جديدة لدى الفرد.
- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجز الفرد.
- زيادة تقبل الفرد لذاته.
- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.
- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات المختلفة.
- تقوية الذات وبنائها عن طريق الملامة والشعور بالأمان.
- تحقق سعادة الفرد وشعوره بالرضا عن ذاته وعن المجتمع.
- تنمية قدراته ومواهبه وخبرته وخصائصه الإيجابية.
- خطواته:- أوضح العمود هذه الخطوات على النحو التالي:-
 - ١- خلق جو وعلاقة إيجابية.
 - ٢- الارتياح الانفعالي أو التنفوس الانفعالي.
 - ٣- عملية الاستبصار.
 - ٤- إعادة التنظيم الانفعالي.
 - ٥- تعديل وتغيير السلوك.
 - ٦- تغيير الشخصية.
 - ٧- إنهاء العلاج (توقفه).
 - ٨- تقييم عملية العلاج.
 - ٩ المتابعة.

خصائص المريض النفسي:-

- توفر درجة من الذكاء لديه.
- شعوره بحالة الاضطراب النفسي.
- أن يكون لديه رغبة في الشفاء.
- أن يكون لديه القدرة على تلقي المعلومات من المعالج.
- أن يطيع المعالج بما يلزمه به.
- أن يكون لديه استبصار بحالته.
- أن يعيش جو الألفة والطمأنينة التي يخلقها المعالج.
- أن يشعر بالأطمئنان من المعالج.

خصائص شخصية للمعالج النفسي:-

- الإلمام بمعلومات كافية عن علم النفس والطب النفسي والعلاج النفسي والأمراض النفسية.
- التدريب الكافي على ملاحظة المريض.
- أن يتحرر من الاضطرابات الانفعالية الخطيرة لأن فلقد الشيء لا يعطيه.
- أن يكون على درجة عالية من الذكاء.
- الصبر وقوة التحمل.
- قدرته على فهم ذاته وفهم الآخرين أي القدرة على الفهم المتبادل.
- ليه القدرة على الاهتمام بالآخرين.
- لديه القدرة على تشخيص الحيد.
- للمرونة تجاه الذات وتجاه المريض.
- تأثره بانفعالات المريض.
- قدرة عالية على الإقناع والتأثير في الغير.

- حبه للمهنة.
- قدرة على إقامة علاقات مع الآخرين.
- الامباتية.
- الموضوعية.
- السرية التامة.
- القدرة على التجاوب النفسي.
- الاستقرار الانفعالي.

طرق العلاج النفسي:-

- أشار زهران إلى العديد من طرق العلاج النفسي نوجزها كما يلي:-
- العلاج الفردي والعلاج الجماعي.
- علاج الأسباب وعلاج الأعراض.
- علاج التدعيم وعلاج إعادة البناء.
- العلاج المطول والعلاج المختصر.
- العلاج العميق والعلاج السطحي.
- العلاج الموجه والعلاج غير الموجه.
- العلاج السلوكي والعلاج المعرفي.
- العلاج المرن والعلاج الملتزم.

ويمكن تصنيف أنواع العلاج على النحو التالي:-

- * الأساليب العلاجية القديمة: للتدويم المخنطيسي ، العلاج الروحي والديني.
- * الأساليب العلاجية الحديثة: التحليل النفسي ، العلاج السلوكي ، العلاج السلوكي المعرفي ، العلاج العقلاني الانفعالي ، العلاج

المركز حول العميل ، العلاج بالمعنى ، العلاج الجشططى ، العلاج
الجماعى ، العلاج بالميكودرلما.

* الأساليب العلاجية المساعدة: العلاج الينى (الاجتماعى) ، العلاج
الأمري ، العلاج بالفن ، العلاج بالقوة ، العلاج باللعب ، العلاج
بالعمل ، العلاج الترفيهى.

وسوف يتم عرض نماذج لأساليب العلاج النفسى المختلفة فى
الفصول المقبلة.

الفصل الثاني

الطرق القديمة في العلاج النفسي

١- العلاج بالتنويم المغناطيسي

٢- العلاج الروحي والديني

١ - العلاج بالتنويم المغناطيسي: - Hypnotherapy

يعتبر التنويم المغناطيسي من الأمور الغامضة في عالمنا المعاصر ، ولم تكتشف بعد جميع أسرار هذا النوع من العلاج ، فقط ارتبط التنويم المغناطيسي في الماضي بمفاهيم أو تصورات خيالية مثل: المغناطيسية الحيوانية ، وأثر النجوم وغيرها.

التنويم المغناطيسي ظاهرة تحدث من مؤثرات نفسية ، وهو حالة من انخفاض درجة الوعي نتيجة لمؤثرات رتيبة ومنظمة أو خاصة. وأشار إليه عكاشة بأنه نوم صناعي ، يحدث عن طريق الاسترخاء الجسمي ، وتركيز الانتباه في مجال ضيق من الأشياء بلحاء من المنوم ، ولا يحدث نتيجة مواد محددة.

وقد كان العلاج بالتنويم المغناطيسي معروفا عند قدماء المصريين وعند شعوب أخرى ، ويرجع استخدامه إلى مسمر ، ويستخدم في علاج أعراض التشنج الهستيرى حتى بدون معرفة أسباب هذا التشنج ، إلا أن فرويد اكتشف فيما بعد أن التنويم المغناطيسي يزيل فقط الأعراض وأنه مؤثر وقتي ، فالأعراض قد تعود ثانية أو تظهر في شكل آخر ، مما جعله يتوقف عن استخدامه في العلاج.

وهناك نوعان من التنويم:-

الأول: يعرف بالإيحاء الطبي ، وهو معروف في الطب النفسي وله حقائق ومعلومات ثابتة ومدروسة ومؤثرة ، وطرق علمية محددة.

الثاني: هو التنويم المسرحي ، الذي يقوم به بعض الأشخاص في المسارح العامة ، وبه يستطيعون تطبيق فتاة في الهواء وغير ذلك.

وعن دور التنويم في العلاج فلاشك أن الطب الحديث يقوم أساساً على التشخيص السليم ، ثم استعمال العقاقير والأدوية اللازمة لعلاج الحالة المرضية التي تم تشخيصها ، ولقد ثبت أن أي عقار يتولاه المريض يحمل في طياته آثار نفسية قد يصل إلى حوالي ٤٠ % من تأثيره الإكلينيكي ، هذا الجزء يسمى في علم العقاقير (بلاسيبو) بمعنى التأثير الإيجابي للدواء ، ونسبة التأثير هذه تتفاوت من مريض لآخر ، ومن عقار لآخر ، ومن طبيب لآخر ، ومن هذا المنطلق (التأثير الإيجابي للدواء) نشأت فكرة الإحياء النفسي كوسيلة قائمة بذاتها في العلاج ، ويعتمد التأثير على قابلية المريض للإحياء ، وقدرة الطبيب أو المعالج على الإحياء ، وإيخال الإقناع في نفس المريض ، وهناك عدة استخدامات للتنويم المغناطيسي (كمعالج).

* إجراء العمليات الجراحية بدون ألم ، ووقف النزيف ولا يشعر المريض بعد إيقافه بأي ألم لأنه لا يشعر بما حدث ، ويستخدم في مستشفيات (الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا وفرنسا) وخاصة مع الأشخاص الذين لا يستجيبون لمواد التخدير.

* رفع الروح المعنوية للتمريض الذي يخاف من الممرضة أو يخاف الرسوب.

* رفع المستوى الرياضي للرياضيين بطريقة الإحياء ، مما يساعد اللاعب على تنمية قدرته على تحمل المصاعب والمشاكل التي تعترض طريقه.

* للمساعدة في إنقاص الوزن بحيث يشعر الشخص البدين بالاشمئزاز لوزنه فتناول كميات كبيرة من الطعام.

* تخفيف وطأة الأمراض المزمنة كالصداع المزمن والريو الشعبي والأمراض المعدية.

* تخفيف وطأة المشاكل الأسرية والزوجية ، وتغيير أساليب العطف والقسوة في التعامل مع الأطفال.

* التغلب علي لكثة لسان والتأتأة والتهتة ومظاهر الخجل عند بعض الناس.

* التخلص من الأحلام المفزعة والكوابيس والخوف من الأماكن المهجورة.

* التغلب علي نوبات القلق والاكتئاب والتعصب السريع.

* التغلب علي المشاكل المصاحبة لتأخر الزواج كالمجز أو الخوف من عدم القدرة علي الإحباب (مجندي الشهوى ، عماد الدين سلطان ، أكرم ملا شكندي).

وقد وضع العيسوي عدة خطوات لإحداث حماية للتويم ، ولكد علي أنها تتفاوت من حالة لأخرى حسب استجابة العميل وخضوعه للتويم:-

١- الحصول علي تعاون العميل وتخليصه من أي خوف إزاء التويم.

٢- وضع المريض في موضع مريح جدا واسترخائه استرخاء كليا في جالسته.

٣- تضيق دائرة انتباهه وتركيز انتباهه تركيزا شديدا علي شيء ما.

٤- توجيه مناقشة العميل عن طريق الإيحاءات المدعمة مع الاعتماد

علي تكرار الإيحاءات ، واستخدام الاستجابات الجسمية الطبيعية.

وحيث ظهرت طريقة جديدة أطلق عليها عبد الوهاب كامل

(وسيلة الإقناع) أوضح فيها أن دور الطبيب يبرز في جلسات الإقناع

التي تقوم بصفة جوهرية علي أساس المعرفة الكاملة المتكاملة لشخصية المريض معرفة عملية تقدم علي القياس التحليلي ، حيث يبدأ الطبيب باستكشاف مداخل الطرق النفسية للإقناع والتي تبدأ من داخلات المريض وكيف أن تعرف داخلات المريض ، وبالطبع هذا يشكل أمرا صعبا ، إلا أن اشتراك أكثر من أخصائي يساعد علي ذلك بجانب الاختبارات الأسقاطية ، وبذلك نجد أن الإقناع العملي للمريض يقوم علي معرفة جميع الخصائص النفسية لشخصه حيث يمكن بالخبرة معرفة أي الصفات أو الخصائص تبدأ ؟ ولو أن تلك الطريقة تستغرق وقتا طويلا إلا أنها مؤثرة ومفيدة حيث تتفتح أفاق جديدة للمريض لم يكن له معرفة سابقة بها ، وبالتالي يمكنه أن يتعلم طريقة إعادة كل موقف يسبب له إشكال شخصي بهدوء وعقل ومنطق ، حيث يمكنه التغلب علي العقبات (صمد الوهاب كامل ، ١٩٩٩).

٢- العلاج الروحي والديني

كانت مدرسة سقراط أول من أصدرت رسائل طبية تشير إلي أن المرض الرباني (الصرع) هو من عند الله ، ثم جاء الفلاطون ونكس في كتاب الجمهورية أثر الأحلام والروحانيات في علاج مرضي العقول ، كما أوضح العلاقة بين الجسد وشفاء النفس ، ثم جاء القدماء واعتبروا أن الإله بيده الموت والحياة وبيده الصحة والمرض ، وأن المرض ناتج من القرانف الأثام ، ولا بد للمريض أن يعترف بذنوبه أمام الإله.

وجاء الإسلام وقضى علي هذه الخرافات والعمادات الخاطئة ، واهتم بالعلاج الديني ، ويرى زهران أن العلاج النفسي الديني هو نوع

من الإرشاد أو أسلوب توجيه وإرشاد وعلاج وتربية وتعليم ، ويقوم على معرفة المريض لنفسه ولربه ، وللقيم والمبادئ الروحية والخلقية ، وذلك بهدف تحرير الفرد من المشاعر التي تهدد طمأنينته وأمنه النفسي ، ومساعدته على تقبل ذاته ، وتحقيق إشباع الحاجة إلى الأمان والسلام النفسي ، وهو أسلوب يعتمد على الإيمان بالله والتمسك بالقيم الدينية والخلقية من أجل تدعيم المفاهيم الدينية الصحيحة وتمييزها ، والتسليم بأمور الدين ، بهدف تحقيق النمو النفسي والديني السوي ، وتحقيق التوافق والصحة النفسية.

وتشير زينب شقير إلى أنه لكي يثمر العلاج الديني لابد وأن تعاد تربية المريض من جديد على المبادئ والمثل العليا والقيم الدينية والتعليم ، واكتساب اتجاهات وقيم جديدة حتى يستقيم سلوكه ويتحقق له الإيمان والشعور بالطمأنينة ، ويعيش في سلام واستقرار مع نفسه ، ومع غيره من الناس ، وعلى هذا فإن هذا النوع من العلاج يهدف إلى تحرير الفرد من مشاعر الإثم والخطيئة التي تهدد أمنه وطمأنينته ومساعدته على تقبل ذاته ، مما يساعد على تغيير وتعديل السلوك ، والتخلص من القلق والاضطراب النفسي.

ويمكن للمعالج (المُرشد) النفسي الديني أن يستخدم بعض التقنيات الإرشادية المعرفية مثل الإقناع والحوار والمناقشة والتحليل وغيرها من التقنيات التي قد تساعد العميل على تكوين مجموعة من المهارات والاتجاهات والقيم وإعادة التربية بما يسمح بتحقيق الاطمئنان النفسي والتخلص من المشكلات التي تواجهه ، على أن يتناول الشخصية الإنسانية واضطرابها من جميع النواحي العقلية والاجتماعية والنفسية

والروحية والدينية ، ويمتاز بالواقعية وتقبل الفسرد لأن يتماشى مع الطبيعة الإنسانية ، ومع العقل والمنطق.

وهكذا يعالج القرآن الكريم موضوع شخصية الإنسان طريقة مُعاملية بحث لا يترك منه شيئاً ولا يعزل عن شيء (جسم - عقل - روح حياته المعاشية ، تصوراتهِ ، قيمه ، معنوياته ، وكل نشاطه وحركاته ، وتفاعله مع الإنسان الآخر ، وكل ما يحيطه من المعلومات الحسية).

وجدير بالذكر أن الوصف القرآني للإنسان لم يقتصر على تكامل النظرة إلى الإنسان ، وإنما يحذر أولئك الذين يتصورون وهماً أن مذاهبهم أو نظرياتهم التي تناولت الإنسان ممكن تصوّر جسم بلا عقل ، أو روحاً بلا جسم ، أو عقلاً بلا روح ، ثم يوهمون أنفسهم بأن هذا التناول الجزئي للإنسان يجعل تصوراتهم علمية دقيقة أو يجعلهم يدعون ادّعاءاتهم المفضلة بل هذا التناول الجزئي للإنسان بالدراسة يجعل عوامل الضبط والتحكم في أمور الإنسان أكثر نقية وأكثر منهجية (سيد صبحي).

وقد أوضح زهران أن من أسباب حدوث المرض النفسي من الوجهة الدينية هو الضلال والبعد عن الإيمان وعن الدين وعن ممارسة العبادات ، والضعف الأخلاقي والشعور بالذنب ، وكذلك الصراع بين الحلال والحرام ، والصبح والخطأ ، والحيث والشر الخ.

وأوضح أن العلاج النفسي الديني يسير في خطوات:-

- الاعتراف بالذنب.

- التوبة.

- الاستبصار بالذات.

- التعلم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة.

- الدعاء.

- ذكر الله.

كما أشار بأن هذا النوع من العلاج يستخدم بصفة خاصة في الحالات التي يتضح أن أسبابها وأعراضها تتعلق بالمسلوك الديني للمريض ، ويعيد في حالات القلق ، الوسواس ، الهستيريا ، توهم المرض ، الخوف ، الاضطرابات الانفعالية ، مشكلات الزواج ، الإدمان .

الفصل الثالث

الطرق الحديثة في العلاج النفسي

- ١ - العلاج بالتحليل النفسي
- ٢ - العلاج السلوكي
- ٣ - العلاج المعرفي السلوكي

١- العلاج بالتحليل النفسي Psychoanalysis Therapy

مقدمة:-

يعتبر التحليل النفسي من أهم الطرق الهامة ، كما أنه يعتبر نظرية نفسية تعبر عن ديناميات الطبيعة البشرية وعن بناء الشخصية ، وكذلك منهج في البحث لدراسة السلوك البشري ، ويتميز التحليل النفسي حالياً بوجود عدة اتجاهات في دلالته.

هذا ويمثل العلاج عند فرويد أهمية كبيرة في مجالات العلاج النفسي ، وذلك نظراً للسبق التاريخي من جانب ، ولأثاره المعاصرة الواسعة على أساليب العلاج النفسي المعاصرة ، وهو باختصار المدرسة التي تدين لمبادئ فرويد بكثير من الأفكار والنظريات التي طبقت بمهارة في مجالات الحياة المختلفة كالنفس والسياسة والأمراض النفسية وغيرها.

وقد استند التحليل النفسي إلى نظريات التحليل النفسي في الشخصية ، والتي ترجع إلى اكتشاف فرويد للاشعور الذي وصفه بأنه في خزان بطني بالرغبات الجنسية التي لم تتحقق منذ الطفولة حتى الآن وقد بنى فرويد نظريته الأولى في التحليل النفسي نتيجة لعملية التتويم المغناطيسي ، ثم بخرنه بالتداعي الحر ، وتفسير الأحلام وخاصة أحلام مرضاه.

وقد استند فرويد في العلاج على مبدأ الحتمية النفسية ، والتي مودها أن لكل معلول علة ، أو لكل سبب نتيجة ، فالأفكار والأفعال ، والافعال التي كان يظن أنها تأتي عرضاً أو لا معنى لها لا بد وأن لها سبب يرجع إلى سبب إما شعوري أو لاشعوري.

وهناك اتجاهان في التحليل النفسي هما:-

- التحليل النفسي الكلاسيكي ، المرتبط بفرويد.
 - التحليل النفسي الحديث ، وهم رملاء فرويد وتلاميذه ، وكانوا قد أدخلوا تعديلات وتطورات في نظريته (الفرويديون الجدد).
- تعريف التحليل النفسي وهدفه:-

- هو عملية تتضمن استعادة ما استبعد بطريقة الكبت من اللاشعور إلى الشعور ، وتساعد العلاقة التي يكونها المريض مع المعالج على تقوية الذات بدرجة تجعلها قادرة على أن تسير الفلق الذي يحركه عودة المكبوت إلى وعي الفرد ، ولكي تصل إلى هذا المكبوت لابد أن نجعل كل العوامل الكامنة وعوامل الكبت في أقل درجة من التأثير ، بحيث يتيح للفرد فرصة للوصول بسهولة إلى أعماق نفسه (مصطفى فهمي).

- هو عملية علاجية متخصصة ، شاملة ، طويلة الأمد ، يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة في اللاشعور من أحداث وخبرات وتكريرات مؤلمة وواقعات متصارعة وانفعالات عنيفة وصراعات شديدة سببت المرضي النفسي ، واستخراجها من غياهب اللاشعور إلى حيز الشعور ، عن طريق التعبير اللفظي التلقائي الحر اللطابق ، ومساعدة المريض في حلها في ضوء الواقع وزيادة استبصاره وتحسين الفاعلية الشخصية والنمو الشخصي ، وهدفه النهائي هو إحداث تغيير أساسي صحي في بناء الشخصية (حامد زهران).

- أي أن العلاج بالتحليل النفسي يهدف إلى فتح مناطق اللاشعور لتصبح موضع تفحص للشعور - أنا أو الذات الواعية علما بأن

هذه الرغبات والدوافع والأفكار المكونة جميعها ذات طابع جنسي من وجهة نظر فرويد.

تفسير التحليل النفسي للاضطرابات النفسية:-

وضع فرويد نظريته في الفرائز (الليبيدو) كما أمكنه أن يضع نظرية مفصلة في نمو الفرائز الجنسية وتطور مناطق إشباع الطاقة الليبيدية أطلق عليها:-

- المرحلة الفمية (المصية والعضية).

- المرحلة الأستية - عقدة أو ديب - مرحلة الكمون - مرحلة البلوغ - مرحلة المراهقة - واستطاع أن يكشف العلاقة بين اللاشعور وبينس الاضطرابات الانفعالية عند الفرد ، وأن هناك صراع دائم بين دوافع الفرد ورغباته من أجل الإفصاح عن نفسها ، وبين القوى الكابتة (الأنا الأعلى) وهو ما يعبر عنه بالصراع بين غرائز الفرد وبين إمكانيات المجتمع ، مما يؤدي بالفرد إلى السعي من أجل السيطرة على دوافعه ورغباته من أجل الحفاظ على التقاليد والقيم والمعايير الاجتماعية.

وقد فسّر فرويد العصاب بأنه ينشأ عندما يشتد الصراع بين الأنا وبين رغبات الليبيدو ، وبذلك فقد أرجع فرويد العصاب إلى عوامل حيوية وليس إلى عوامل ثقافية واجتماعية وجعل من القلق لب العصاب ومحوره ، ومن عقدة أو ديب نواته ومنشأه ، وأنه لا يوجد عصاب نفسي بدون سبب أو استعداد عصبي أي بدون عصاب طعني.

ويمكن إيضاح ذلك بأن الفرد في طفولته يتميز بجهازه النفسي بأنه غير ناضج ، وأن أثناء تكون غير قادرة على مواجهة متطلبات الليبيدو ن بسبب ضعف الأنا الأعلى في فترة الطفولة ، مما يجعل الفرد في طفولته

يسعى بسلوكه طبقاً لمبدأ اللذة ، وعندما يكبر الطفل ينضج معه جهازه النفسي في الوقت الذي تلح فيه رغباته الجنسية ، مما يسبب شدة الصراع بين الأنا والأنا الأعلى فيضطر الفرد إلى النكوص بسلوكه إلى المراحل الطفلية (نقطة التنشيت) وعندما يحدث ذلك يكون عاملاً ممهداً للاضطرابات النفسية والعصاب ويحدث الصراع في العصاب بين الهوا والأنا.

- بينما ضر فرويد الذهان بأنه دفاعاً يقوم به الفرد ضد خيبة أمل لواقعه للواقع فيها ، وصورة خطيرة (اضطراب السلوك) ، ويرى أن النكوص والتنشيت في الذهان أصق منها في العصاب ، حيث تزيد شدة الحرمان والإحباط ، كما أن الأنا تتباعد عن الواقع ويستسلم للذهاني ومتطلباته مما يؤدي إلى ظهور الهلوسات والهلينات ، ويكون الصراع لحادث في الذهان بين الأنا والواقع (أي بين الأنا والأنا الأعلى).

نور المحلل النفسي:-

ويرى فرويد أنه لابد من وجود ثلاثة شروط أو عوامل تعمل على خلق العصاب: الحرمان والتنشيت والقبالية لصراع ناشئ عن الأنا.

هناك عدة اعتبارات أولية يهتم بها المعالج.

يجب على المحلل ألا يهتم بالأعراض المرضية التي يذهب بسببها المريض ، بل يعتقد أن هذه الأعراض تسير عن مشكلات أعمق هي التي يجب أن يتجه إليها العلاج.

- يعتقد أن المرض النفسي إحياء من خلال الأعراض لذكريات شعورية حقيقية في أعماق الذهن.

- يؤمن بأن جذور المشكلة لا تمتد للآن ، ولكن للماضي لحبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين في السنوات الخمس الأولى من العمر.

- وأن ما يحدث أثناء الطفولة فهو أمر أكثر تعقيداً (عبد الستار إبراهيم) أما عن دور المحلل فتمثل في:-

١- إصغاء وملاحظة وفهم وانتظار وصمت ، وتقديم التفسير الملائم بالصورة الملائمة في الوقت الملائم ، وأن يكون حيادياً لحد ما.

٢- يوحى فرويد بأن يكون الانتباه الذي يوليه المحلل في الجلسة انتباهاً حائماً غير مرهف ، مما يتيح للمريض حرية أكبر في التذاعي ويتيح للمحلل فرصة أكبر لفهم أعق.

٣- يوصي فرويد بأن يكون المحلل أشبه شيء بالمرأة ، فلا يعكس إلا ما يعرض عليه ، ومن هنا أيضاً ليس للمحلل أن يكشف شيئاً عن ذاته أو حياته أو آرائه ، ومن هنا التحليل التلميمي والذاتي لتتمكن المحلل من تبين اتجاهاته واستجاباته ومن السيطرة عليها (مضاد الطرح).

٤- يعتمد التحليل على تلقائية المريض وبذلك فليس للمحلل أن يقوم بنصح أو توجيه.

٥- إن ترتيبات الموقف التحليلي ودور المحلل يعملان على أضعاف رقابة الأنا والروابط الاجتماعية العادية ، مما يجعل التحليل شبيهاً بالتنويم المغناطيسي ، هذه الجنبات اللاواقعية والطفلية للإطار التحليلي تعتبر ضرورية لتطور العلاج (محمد الطيب).

٦- علي المعالج أن يعطي المريض فكرة عن عملية التحليل النفسي ، ويعترف علي موعد الجلسة ومنتها ، ووسائل التحليل وأهدافه ،

وأن تستغر الجلسة العلاجية حوالي (١٥) دقيقة وتجسري بين (١-٥) مرات أسبوعيا. وقد يستغرق العلاج بالتحليل النفسي أكثر من عام ، وقد يستمر لمدة عامين.

أسس العلاج النفسي للتحليلي:-

لخص عبد الرحمن العسوي ما وصفه فرويد من أسس ومفاهيم يستند عليها العلاج التحليلي:-

١- **الاهتمية النفسية:** بمعنى أن الظواهر النفسية ليست وليدة الصدفة أو العفوية ، وإنما تخضع لمبدأ العلية ، وأنه يوجد تفسير لظواهر الأحلام والخيالات والذلات.

٢- **الكبت والاشعور:** ويعني هذا المبدأ أن هناك بعض العمليات لا تشعر بها ولا نعيها ، وخاصة الرغبات والصراعات التي تنسب إلى أصاق الاشعور عن طريق الكبت.

٣- **التداعي الحر والمقاومة:** إن الذات الوسطي تحمي الفرد من الكشف عن الذكريات المؤلمة والصراعات ، ولذلك ينتج عن الذات ما يسمى بالمقاومة ، ولقد ابتكر فرويد أسلوب التداعي للقلب علي مقاومة المريض.

أساليب أو فنيات العلاج بالتحليل النفسي:-

١- **التداعي الحر Free Association :**

يعتبر التداعي الحر أو التداعي للطلق الإجراء الرئيسي في عملية التحليل النفسي ، فيعد أن يستلقي المريض علي أريكة ويصبح في حالة من الاسترخاء ، يطلب منه المعالج أن يفصح عما يدور بخاطره من أفكار وذكريات مهما كان نوعها ، دون محاولة من المعالج توجيه تسلسل أفكاره وجهة معينة أو نقدها. ويجب علي

المعالج أن يكون يقظا منتبها لما يبدو علي وجه المريض وسماته من انفعال ، أو ما يصدر عنه من زلات اللسان ، أو حركات غير عادية مثل التلعثم والتردد أو التأخر في الكلام ، أو التوقف المفاجئ في تسلسل الأفكار.

وقد يتدخل المحلل ليوجه أو يستفسر ، أو يوجه المريض مسن أجل الاسترسال في تسلسل أفكاره ، ولا بد للمعالج فيما بعد من تفسير كل ذلك ، وبكر فيحصل خير الزرard لأن المحلل بإمكانه العمل علي إضعاف القوي للكبتة (قوي الأنا الأعلى) ، هذا وتقيد صلاوة التداعي الحر هذه أيضا في عملية التنفوس الانفعالي ، أو تفريغ الشحنة النفسية المكبوتة عند المريض.

٢- المقاومة The Resistance :

يقول فرويد أنه قد تصمت الأنا لدي المريض فترة أثناء التداعي الحر ، فتصيد مشقات الهي من هذا الصمت وتنبثق في الشعور ، ولكن الأنا لا تلبث أن تتخلى عن سلايتها التي ارتضىها بالقاعدة فتتحرك بالدفاعات في وجه النخيل ضمن التيار المتصل للدفاعات ، بذلك يكون انتهاء القاعدة في صورة مقاومة (محمد الطيب).

وقد تأخذ المقاومة أشكال متعددة منها:-

زلات اللسان ، بعض الحركات غير العادية ، التوقف عن الكلام التأخر عن حضور الجلسات عدم الرغبة في التعاون - تناسي المواعيد أو الاعتزال عنها ، انخلاء صوته ، عدم الإصغاء للمعالج ، التلعثم ، الحديث في موضوع واحد .. الخ.

كل هذا يدل علي مقاومة المريض لموقف أو لفكرة مؤلمة تكاد تظهر إلي خير الشعور ، حيث أنه الخبرات للماضية المؤلمة والأفكار

والرغبات والصدمات العاطفية كلها أمور تعترض المقاومة ظهورها ، لأن لها دلالات خاصة وعلاقة وثيقة بمشكلة المريض ، أي أن المقاومة تعتبر وسيلة دفاعية تؤدي إلى راحة المريض . ويرى فرويد ضرورة أن يعمل المعالج على إضعاف حدة المقاومة ولفت نظر المريض لها . وقد يتطلب الأمر إعطاء المريض بعض العقاقير المنشطة للذاكرة .

٣- التحويل (الطرح) : The Transference :

اهتم فرويد بالعلاقة الإنسانية بين المعالج والمريض أثناء جلسات العلاج ، وقد لاحظ أن المريض قد يتعرض لمختلف المشاعر حيال المحلل . فهو يحبه تارة ويكرهه تارة أخرى ، وباعتبار أنه لا توجد صلة سابقة بين المريض والمحلل ، فليس هناك ما يبرز هذا السلوك ، وعليه فيكون المقصود بهذه المشاعر شخص آخر وما المحلل إلا رمز له ، ومن ثم تتحول تجاهه المشاعر التي يمكنها المريض في واقع الحياة لهؤلاء الأشخاص (التحويل الوجداني) ، أي أن الطرح وسيلة للكشف عن أعماق تجارب المريض الانفعالية . وللطرح أنواع ثلاث (وعلى المعالج تحليل سلوك المريض فسي موقف التحويل)

- طرح إيجابي: حيث يصاحب الطرح مشاعر الحب والإعجاب تجاه المعالج .

- طرح سلبي: حيث يصاحب الطرح كراهية وحقذ وعدوان

- طرح مختلط: حيث يجمع بين التنقيض الحب والكرهية .

يرى فرويد أن مرحلة الطرح هذه هي المرحلة التي يتركز فيها شفاء المريض الدائم من الأعراض العصبية .

٤- تفسير الأحلام : Dream Interpretation :

استخدم فرويد تحليل الأحلام كوسيلة للوصول لأعماق اللاشعور والكشف عن أسرارها ، حيث يعتبر الحلم الطريق إلى اللاشعور وما يحتويه من عقد ودوافع ورغبات مكبوتة والتي أغلبها جنسية ، وركز فرويد على ضرورة التمييز بين المحتوى للظاهر (المصريح) للحلم كما يرويه صاحبه ، وبين المحتوى الكامن للحلم كما يفسره المحلل .

ويجب أن يكون التفسير كاملا وصحيحا ومنطقيا حتى يقبله المريض ، حيث يفقد التفسير في تغيير أدراك المريض للأشياء ، وفي معرفة المريض واتجاهه تجاه نفسه ، وجعل المكبوتات اللاشعورية شعورية ، مما يخفف من حدة الانفعالات والقلق ، ولن يكون التفسير ضمن الشخصية ككل وليس في معزل عنها.

٥- التفريغ أو التنفيس الانفعالي Catharsis :

وقد حددها فرويد بأنها في حث المريض على تذكر الحداد والحوادث الشخصية الماضية ، واسترجاع الدوافع والدكريات والمصراعات اللاشعورية بمصاحبتها الانفعالية ، التي لم يعبر عنها المريض أثناء الصدمة تعبيراً كافياً مما أدى إلى الكبت وتكوين العصاب ، وأكد فرويد أن أعراض العصاب تختفي تلقائياً نتيجة التفريغ الانفعالي التي يحدث خلالها استرجاع محتويات اللاشعور إلى خير الشعور ، والتعبير عنها لفظياً وانفعالياً ، لهذا فهي تعتبر عملية علاجية هامة.

استخدامات التحليل النفسي :

من مطلق أن المحلل يسعى إلى إعادة التوازن بين مطالب الأنا ومطالب الهي ، وكذلك مطالب الأنا لأعلى ، والعمل على حل المصراعات لدخل المريض .

ولا بد للمعالج أن ينهي الجلسات تدريجيا وليس فجائيا .
وأثبتت التطبيقات العملية للعملية التحليل النفسي أنه يعيد في علاج
حالات الهستيريا والخاوف المرضية ، والقلق ، والفوسوس القهرية ،
والاكتئاب والانعزال ، والانحرافات الجنسية .
بينما لا يفيد هذا النوع من العلاج في علاج الأمراض العقلية
الحادة ، والميكوباتية ، وحالات الضعف العقلي ، وحالات الأطفال
تحت سن المراهقة ، أو الممنون .

عيوبه:

- أنه منهج طويل الأمد.
- يهمل التكليف.
- يغزو شخصية المريض ويتدخل في كيانه لتعديلها ، ويقترح أسرارها
ومكوناتها ويناقش هذا المبادئ الأخلاقية .
- ينطوي على بعض الأفكار الفلسفية أو العرضيات القوية ، من ذلك
فكرة الأنسا واللاشعور والليبيدو وعقدة أوديب واليكسرا ،
والنرجسية .
- مما أدى إلى التفكير في منهج علاجي آخر هو المنهج السلوكي برغم
من أن منهج التحليل النفسي لا يهتم بمجرد إزالة الأعراض ولكن
يركز على إزالة السبب الحقيقي للاضطراب النفسي مما يؤدي
إلى عدم عودة المرض للفرد مرة أخرى .

٢- العلاج السلوكي Behaviour Therapy

إن العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية.

وقد طهر هذا العلاج وتبلور على يد عدد من علماء النفس من بينهم جوزيف فولية ولازاروس ، وإن كانت جذور هذا المنهج تتركب إلى الأعمال العملية والتجارب التي أجراها علماء السلوكية علي الحيوان في مجال تفسير عملية التعلم مثل واطسون وسكينر وباندورا وهل وثورنديك وبافلوف. وعليه فإن المحاولات الأولى من العلاج السلوكي كانت مرتبطة بظهور نظريات التعلم لهؤلاء العلماء ، لكن الشائع الآن هو عدم الاقتصاد على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم هذه وحدها ، بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية في علم النفس ، ولهذا فإن مفهوم العلاج السلوكي هو علاج متعدد الأوجه يمتد ليشمل:-

أ- الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند بافلوف وهل بشكل خاص .

ب- الإسهامات التي قام بها سكينر والتي امتد تأثيرها إلى جوانب سلوكية تنطرق لها المدرسة التقليدية مثل تعديل البيئة ، والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة لضبط السلوك .

ج- أساليب العلاج الراهني أو المعرفي والتي تركز علي تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير ، والتدريب على حل المشكلات والإلمام التربوي والتعليمي بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد .

د- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية ،
والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية
والقدوة وتدريب القدرة على الثقة بالنفس والتوكيدية (عبد الستار
إبراهيم وآخرون) -

وعليه فإن العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد
على نظرية التعلم ، ويعترض هذا الاتجاه من العلاج أن الأعراض
العصابية هي حصيلة تعلم خاطئ عن طريق الأشرار ، وأن للعصابية
هي تعلم ، فيمكن أن لا نتعلمها وكذلك يمكن أن نكتسب سلوك فعال ،
حيث يتألف العلاج السلوكي في الأساس من العملية التي تحي التعلم
غير الملائم والتزود بتجارب علمية ، فقد تكون استجابة مناسبة لم
تعلم بعض أي حذف وإزالة سلوك غير المكتسب ومساعدة العميل على
إبداله بسلوك مكتسب ، ويكون الهدف العام للعلاج السلوكي هو وضع
وضعية جديدة للتعلم وحصر السلوك المكتسب الذي يتعلمه الفرد من
البيئة التي يعيش فيها متضمنة السلوك غير المكتسب (جبر الكوري).

لقد برز العلاج السلوكي بوصفه منهجا نظاميا شاملا في العلاج فسي
مواقع ثلاث :-

١- أعمال جوزيف فولبي التي اعتمدت على أساليب بافلوف في
إحداث وإزالة العصاب التجريبي في الحيوان ، وقد ظهر منها
أسلوب التخلص التدريجي من الحساسية.

٢- أعمال هـ . ج . ليزنك و . م . ب . شامبيرو الذين اهتموا بالمدخل
التجريبي الأمبيرقي لغهم وعلاج المريض ، باستخدام الحالة
الفردية للصابطة لنفسها ، ونظرية للتعلم الحديثة في عملية
العلاج.

٣- الأعمال المستوحاة من بحوث ب . ف سكينر بتطبيق تكنولوجيا
الإشراف الإجرائي علي المرضى ، وعلى مر السنين بذلت
محاولات لتصوير دور التعلم في العلاج النفسي ، ومنها محاولات
دولارد وميلار . وقد صاغ سكينر مصطلح العلاج السلوكي
(لويس ملوكه) .

وينظر جماعة العلاج السلوكي إلي الأعراض العصبية المرضية
بأنها عبارة عن عادات خاطئة ، تعلمها للمريض لكي يقلل من درجة
قلقه وتوتراته ، ويعتبرون أن موضوع التعلم من الموضوعات الهامة
في حياة الإنسان ، وينظر دولارد وميلار إلي المسالك الأولية المرتبطة
بالمصاب علي أنها الثقاء والغباء والأعراض ، هذه الخصائص المميزة
تظهر تبعاً لمبادئ التعلم ، وتستند بصفة أساسية إلي الصراع ، أي أن
الصراع الانفعالي الشديد في رأي دولارد وميلار هو الأساس
الضروري للسلوك العصبي .

وتعتقد المدرسة السلوكية أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة
من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة ، ويتحكم
في تكوينها قوانين الكف والاستثارة اللتان تصيران مجموعة الاستجابات
الشرطية نتيجة العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد . ويرى
السلوكيون أن الاضطراب الانفعالي ينتج عن أحد العوامل التالية :-

- الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب .
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية .
- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب .
- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة (سهم أبو
عيطه) .

أي أن علماء السلوكية قد انتهوا إلى أن الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقلل من درجة قلقه وتوتراته ومن شدة الدافعية لديه ، وبالتالي كسب ذلك ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية ، لكن هذا التكوين الارتباطي الشرطي تم بصورة عرضية غير صحيحة ، فلو استطاع المعالج إطفاء هذا المنعكس الشرطي المرضي المكتسب ، ثم بقاء عوضاً عنه منعكس شرطي جديد وصحيح ، لتخلص المريض من اضطرابه الذي يعانيه ، ولهذا سمي هذا النوع من العلاج بالعلاج السلوكي نسبة إلى سلوك الإنسان ، كما سمي بالعلاج الشرطي نسبة إلى أن الاضطرابات السلوكية هي عبارة عن استجابات شرطية منعلمة.

ويستند هذا النوع من العلاج على مبادئ هامة أهمها : مبدأ التعزيز بشقيه الإيجابي والسلبي ، بمعنى توفير المكافآت والجزاء الطيب ، وتحقيق السعادة والرضا والإشباع على الاستجابات المرغوب فيها أي الإيجابية ، وذلك ضماناً لمولد الكائن العضوي إلى تكرارها وترسيخها في خبرته أي تعلمها ، وعلى العكس من ذلك استخدام مبدأ التعزيز السلبي ومؤداه فرض العقاب أو الشعور بالألم والأذى والحرمان كلما أتى الفرد بالسلوك غير المرغوب فيه ، ويكفل هذا العقاب ، حالة اقترانه أو ارتباطه بالسلوك السيئ ، عدم تكرار حدوث هذا السلوك أي انطفائه وكفه عن الظهور في المستقبل ومن ثم شفاء المريض وتحليصه من العادات المزعجة والضارة .

مسمات العلاج السلوكي: أوضح عبد الستار إبراهيم وآخرون

أن العلاج السلوكي يتميز بخصائص فريدة منها:

- لا يبدل المعالج السلوكي مجهودا كبيرا في البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك ، أو محاولة إرجاعه إلي صراعات طفلية مبكرة أو غرائز أو عوامل فيسيولوجية ، بل ينظر إلي الاضطرابات علي أنها سلوك شاذ أمكن اكتسابه بفعل أخطاء في عملية التعلم.
- أن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق للعلاج السلوكي شبيهتان ملتصحتان ، إذ أن التشخيص لا يحو عن كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الفرد فجعلته يحاب أو يقلق ، وفي تشخيصه للمشكلة يهتم المعالج السلوكي برصد الاستجابات أو ردود الأفعال البينية قبل ظهور السلوك المشكل وبعد ظهوره ، فالعالم السلوكي يبحث عن الشروط التي أحاطت بعملية التعلم المرضي ، وهي الأسباب التي إذا أمكن إزالتها تحقق العلاج.
- أن المعالج السلوكي لا يرى وجوب إزالة ما وراء الأعراض من أمراض أو صراعات داخلية مفترضة ، ويرى أن علاج المرض هو علاج للمرض ، وأن العلاج الفعال هو الذي يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح.
- ينظر المعالجون السلوكيون بشدة شديد إلي الممارسات التقليدية في العلاج النفسي ، والتي ترى أن الأعراض المرضية قد تتحول أو تستبدل بأعراض أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض ، فالموقف الذي يتناه المعالج السلوكي بصدد هذه القضية أن علاج مشكلة كالخوف مثلا سيجعل الطفل قلدا على مواجهة مشكلته الراهنة ومن ثم سيمتص ألمه أفاق الصحة والنمو السليم (سيكتسب ثقة بنفسه ، وستتغير أفكاره اللا منطقية عن طبيعة أعراضه) كل ذلك سيؤدي إلي تغيير شامل وإيجابي في شخصيته.

• من المسملمات النظرية أن للعلاج السلوكي قد نشأ وتطور كمجموعة من القواعد الصالحة للممارسة الإكلينيكية ، والعلاج النفسي يفضل ظهور نظريات التعلم والتشريط ، ويتبنى في نظريته للسلوك المرضي نفس النظرة التي تتبناها نظرية التعلم عند التعامل مع السلوك ، ولهذا ينظر المعالج السلوكي للأمراض النفسية بصفتها استجابات لو عادات شاذة نكتسبها بفعل خبرات خاطئة يمكن أن نتعلم التوقف عنها ، أو أن نستبدلها بتعلم سلوك أفضل وأنسب ، فإذا كنا قد اكتسبنا السلوك المرضي بفعل خبرات شاذة ، فإننا يمكن أن نكتسب السلوك الصحي من خلال مبادئ التعلم نفسها التي أدت إلى اكتسابنا السلوك المرضي.

استخدام العلاج للسلوكي وفاعليته:

لقد ثبتت فاعلية العلاج السلوكي في علاج بعض الاضطرابات وعلى وجه الخصوص علاج الفوبيات وعلاج القلق ، وللوازم القهرية والتبول اللاإرادي ، والشذوذ الجنسي ، وإدمان المخدرات والخمور ، والأدانة ، والاضطرابات العقلية ، والتخخين ، وعليه فالعلاج السلوكي يصلح لعلاج جميع حالات المصاب ، وترجع فاعلية العلاج السلوكي في تحقيق العلاج إلي مايلي :-

- قدرة المعالج السلوكي علي الضبط والتحكم في وضع خطة العلاج.

- اعتماد المعالج علي تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة.

- بإمكان المعالج التحكم في كثافة وقوة المثيرات المقدمة للمريض.

العلاج السلوكي متعدد المحاور: لقد ظهرت موجة من

التطور في العلاج السلوكي ، حيث ينظر للمعالج السلوكي الحديث إلي

السلوك المضطرب من زوايا مختلفة ، فمثلا عند علاج طفل يعاني من السلوك العدواني ، نجد أن المعالج السلوكي قد يدرسه علي استخدام أساليب بديلة وجديدة تمكنه من الحصول علي المزايا التي يريدها بطريق مشروع ، كما يمكن أن يعطيه طرق جديدة من التفكير وحل المشكلات ، ويمكن أن يساعد علي تغيير توقعاته القديمة أو للقيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف ، أو قد يخضعه لسلسلة من التدريبات الاجتماعية المكتقة حتى تتكون لديه مهارات اجتماعية تساعد فيما بعد علي حل مشكلاته بطريقة أكثر ايجابية.

ويرى العلاج السلوكي متحد المحاور أن أي سلوك مرضي له محاور رئيسية هي:

١- الموقف أو الحوادث السابقة التي تنبؤه وتسهم في تشكيله ، وما تنطوي عليه هذه الحوادث أو المواقف من خبرات سيئة أو ألم أو إحباط أو تهديد .

٢- السلوك الظاهر أي الأفعال السلوكية التي يترجم للشخص من خلالها هذا الاضطراب كالتنهية أو التبول اللاإرادي . الخ .

٣- المكونات الانفعالية أو التغيرات للعضوية الداخلية التي يحدثها هذا الاضطراب مثل زيادة ضربات القلب ، ازدياد في سرعة التنفس ، النشاط الهرموني الخ.

٤- الجوانب الفكرية أو المعتقدات الخاطئة التي يتبناها للشخص عن نفسه أو عن المواقف التي يمر بها ، وينطوي هذا الجانب علي ما ينتجه التفكير من مبالغات أو تطرف.

٥- ضعف المهارة في التفاعل الاجتماعي أو قصور المهارات الاجتماعية (عبد الستار إبراهيم وآخرون).

وعليه فالتعلاج السلوكي متعدد المحاور يرتكز على محاور خمسة تمثل في مجموعها النظريات الرئيسية للتعلم وهي:

١- **التعليم الشرطي** أي نظرية المنبه الاستجابية التي تتخذ من نظرية بافلوف الدعامة الرئيسية بكل ما تتميز به من قواعد وقوانين ، فلكي يحدث التعلم الشرطي لابد أن يحدث اقتران بين حدوث المنبه الشرطي الأصلي ، وعندما يتعلم الاستجابة للمنبه الشرطي يحدث تعلم لكل المنبهات المماثلة له . ونتعلم أن نستجيب لا لمنبه واحد شرطي فحسب ، بل يمكن أن نتعلم الاستجابة لسلسلة من المنبهات الشرطية. وما تعلمناه يمكن أن نتوقف عن تعلمه ومن ثم يقدم لنا بافلوف مبدأ انطفاء التعلم.

٢- **التعلم الفعال** : ويرى بافلوف أن التعلم يتم علي نحو ألي نتيجة للرابطة التي تتكون بين المنبهات الأصلية والمنبهات للشرطية ، لكن التعلم للفعال عند سكينر يقوم في مجمله علي قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج وآثار ، ويسمى سكينر نظريته هذه باسم التشريط الفعال للإشارة إلى تقوية جوانب محنة من السلوك تتوقف علي ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية كالتدعيم أو المكافأة أو سلبية كالعقاب ، وتتضمن نظرية التعلم الفعال مبادئ رئيسية ارتبطت بنمو العلاج السلوكي للطفل أهمها : التدعيم الإيجابي ، التدعيم السلبي ، العقاب ، الكف.

٣- **التعلم الاجتماعي** : تركز نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي علي أن كثيرا من الجوانب المرضية من سلوك الأطفال (كالعدوان وغيره) تتكون بفعل القدوة ومشاهدة الآخرين وهم يقومون بها.

وأوضح باتدورا أن عملية التعلم الاجتماعي عملية نشطة ، وتحلج لشروط تضمن نجاحها منها: إعطاء تعليمات لفظية خلال ملاحظة النموذج ، ومنها الواقع والاهتمامات الشخصية للطفل التي تدفعه لأن يتعلم بسرعة الأشياء التي تتفق مع هذه الحاجات ، وأيضا يساعد الأداء اللفظي للملوك علي سرعة تعلمه خاصة ، وكذلك تزداد القدرة علي التعلم الاجتماعي من خلال بعض الشروط العقلية كارتفاع الذكاء وقدرة الشخص علي تنظيم ذاته وبيئته .

٤- التعلم المعرفي: تسلم نظريات التعلم للمعرفي بأن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشريعية ، أو التعلم الاجتماعي ، بل وأيضا التفكير في المواقف ، ومن خلال إدراكنا وتفسيراتنا للحوادث التي نمر بها ، وهناك أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه لها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام هي :الكفاءة أو القصور المعرفي - مفهوم الذات - القيم والاتجاهات - للتوقعات.

٥- المؤازرة الوجدانية (حركة للتعليم الملطف) : ويختلف التعلم الملطف عن المواجه للسلوكية التقليدية ، في أنه يرفض استخدام العقاب تماما ، ويتجنب استخدام الأساليب التنفيذية في تعديل السلوك ، ويرفض عملية للضبط والتحكم كهدف من الأهداف العلاجية ، أنه يقبى فلسفة ديمقراطية ، أي أن هذه العملية تتجه إلي تكوين صلات وجدانية قوية بالمريض ، وتتهنى وجهة نظر تربوية مشكلاته ، وتركز علي التبادل والأخذ والعطاء بين الطفل والمعالج خلال عملية العلاج ، وأخيرا يراعي في العلاج الملطف الجوانب الوجدانية ، ويجعل لها موقفا قويا في أي خطة علاجية بما في ذلك التركيز علي الحب والتقبل والتسامح والدفء واحترام المريض.

وتقوم فكرة العلاج للملطف على فلسفة عامة فحواهما أن كل التفاعلات الإنسانية ناجحة أو فاشلة تعتمد أساسا على اتجاهاتها ومعتقداتها وأحكامها الأخلاقية المتبادلة ، فالاتجاه الذي يحمله كل منا نحو الآخر وما نحمله من أحكام أو آراء متبادلة من شأنها أن تحكم عملية التفاعل وتكتب لها إما النجاح أو الفشل.

كما أن العلاج بالتعلم الملطف يتبنى قوما لا تمسكطية ، أي أنه يراعي بدقة أنه لا يؤدي للتفاعل الاجتماعي إلى حسارة ما للطفل ، ومن ثم يؤكد التعلم الملطف مساندة للطفل ، والصدقة ، والاعتماد المتبادل بدلا من التركيز على الانصياع والطاعة والخضوع.

ويهدف هذا العلاج إلى تكوين رابطة وجدانية قائمة على مساندة المريض ، ومن ثم يهدف المعالج هنا إلى تطوير علاقة علاجية بالطفل قبل الدخول في حطة للعلاج ، ولهذا يبدل المعالج جهدا كبيرا في تطوير علاقة إيجابية بالطفل قائمة على الدعم والتقبل والتبادل (عبد الستار إبراهيم ، وعبد العزيز النخيل ، ورضوي إبراهيم).

فنيات العلاج السلوكي:

قسم حمام الدين عرب فنيات العلاج السلوكي إلى:

أولا: الفنيات القائمة على أساس الترغيب :-

١- فنيات الكف بالنقيض Reciprocal Inhibition Technique

أ- الاستجابات التوكيدية Assertive responses

ب- الاستجابات الجنسية Sixual sesponses

ج- الاستجابات الأسترخائية Relaxed

د- التحصين للتدريجي Systematic

٢- فنيات تخفيف القلق Anxiety relief Techniques

٣- برامج الاقتصاديات البونات Token Economies Programmes

٤- فنيات التشكيل والتعلم البديلي

Shaping and Vicarious Learning Techniques

ثانيا: الفنيات القائمة علي أساس الترهب:-

١- فنية التغير وبديل التغير.

Aversion and Aversion Relief Techniques

٢- فنية الممارسة السلبية والتشجيع

Negative Practice and Satiation Techniques

٣- فنية الاتبعات الضمني للحساسية

Covert Sensitization Techniques

٤- فنية الغمر والتفجر الداخلي

Flooding and implosive Techniques

وهناك تصنيف آخر لفنيات العلاج السلوكي هي:

١- طريقة الكف بالتقيض أو الكف المتبادل أو التحصين المنهجي

Riciprocal Inhibition method

٢- طريقة الكفاء الإيجابي

Positive Inhibition

٣- التدريب السلبي

Negative practice

٤- التعزيز الموجب

The positive Reinforcement method

٥- إغفال الاستجابة

The Omission of Response

٦- التكريه أو التفرز (التغير)

The Aversion

وليفما يلي عرضا لبعض هذه الفنيات :-

أولاً: طريقة التحصين المنهجي (الكف بالنقيض أو الكف المتبادل):
تعتبر هذه الطريقة أكثر الطرائق المعروفة التي أدخلها فوليه ،
حيث يمر المريض بعدة خطوات :-

- ١- أن يقوم المعالج بالتشخيص للحالة .
- ٢- تكوين مدرجات للقلق في مواقف للعلامات المرهوبة التي تستراوح
من أعظم المواقف توليدا للخوف ، التي يكون على المريض أن
يتعامل معها هابطة بالتدرج عبر العلامات الأقل توليدا للخوف .
- ٣- تكوين استجابات مضادة للقلق والانفعالات الحادة.
- ٤- التحصين المنظم وسير العملية العلاجية.

وهذه الطريقة التي ابتكرها فوليه في العلاج عبارة عن تطبيق
لنظريات التعلم في للموقف العلاجي ، حيث استنتج انه يمكن التغلب
علي عادة ما بتكون عادة مضادة ، وأنه يمكن استحداث الاستجابات
الأفضل بعدة طرق: استجابات التوكيد ، استجابات الاسترخاء ،
الاستجابات الجنسية ، استجابات للتنفيس ، الحركة الشرطية ،
استجابات تخفيف للقلق ، استجابات التجنب الشرطية ، إذا كان يعمل
علي حصول هذه الاستجابات تحت ظروف مرتبة تدرجياً يؤدي إلي
كف ظهور القلق العصبي عن طريق ظهور الاستجابة المضادة
(العيسوي).

وعليه تكون الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة
الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق) تدريجياً من خلال استبدالها
بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي ، عند ظهور الموضوعات
المرتبطة به.

ويتطلب هذا الأسلوب عدة شروط منها:-

١- أن نكون قادرين على معرفة الاستجابات المعارضة للقلق ، التي إذا أحصرت عند ظهور الموقف المهدد زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعثته (قد يتم ذلك بتدريبهم على الاسترخاء) .

٢- تقسم للمواقف أو الموضوعات المثيرة للاضطراب إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة ، بحيث نبدأها بأقلها إثارة للخوف .

٣- تعريض الطفل للمواقف المخيفة تدريجيا ، إما بطريق التخييل عندما يكون الخوف شديدا ، أو من خلال التعريض المباشر إذا كان ممكنا ، وبعد أن نتأكد من قدرة الطفل على مواجهة مواقف الخوف بطريق التخييل أولا (عهد الستار وآخرون) .

هذا ويبدأ المعالج في هذه الطريقة بالتشخيص بهدف التعرف على سلوكه المريض وتحليله والتعرف على المثيرات المسببة للخوف أو القلق عند المريض ، والتعرف على مخاوفه وأعراضه المرضية الأخرى .

وتتضح أهمية التشخيص في تحديد خطوات هامة للعلاج ، وتحديد نوع المثير الذي يقدم للمريض والمسبب للخوف دون حدوث أعراض للقلق والانعزال لديه ، مما يؤدي إلى ضعف الارتباط الشرطي بين مثير القلق أو الخوف وبين استجابة القلق أو الخوف ، مما ينتج عنه انطفاء الفعل المنعكس الشرطي (المرض) بين المثير المسبب للخوف والقلق ، وبين استجابة المرضية ، ومن ثم انطفاء للاستجابة للمرضية ، بحيث لا تظهر المثير الشرطي واستبداله باستجابة انفعالية سوية .

أما عن مدرج القلق فيشترط فيه للتدرج في تقديم المثير الشرطي بدرجات متفاوتة في الشدة حسب نظام معين لكل من المثير الأصلي والمثيرات الشرطية الأخرى المرتبطة به ، والتي تسبب الخوف والقلق بحيث تتدرج هذه المثيرات في زيادة شدتها حتى تصل إلى المثير الأصلي.

ويطلب تحديد مدرج القلق الحصول على معلومات وافية حول المريض من خلال تاريخ حالة المريض ، واستجابات المريض بالنسبة لاختبارات معينة ، ومن خلال استجابات المريض للاستجابات المكثف الذي يقوم به المعالج ، وجمع معلومات من أهله وذويه ، وأخيرا من خلال رأي المعالج وتحليله للموقف الذي أثار للقلق والخوف.

ويتم بناء مدرج الهرم عن طريق حصر كل مثير آخر غير المثير الأصلي التي تسبب حالة لخوف أو القلق ثم ترتيبها (في شكل تنازلي حسب شدتها من الأقل في الشدة إلى الأكثر حتى تصل إلى المثير الأصلي) بشرط الانتقال من المثيرات القائمة على التصورات إلى المثيرات الواقعية أو الحياتية ، وعليه فإن مدرج القلق يمر بمراحل : القصص الشعورية ، ثم الصور ، ثم المجسمات والألعاب ، ثم المثير الأصلي.

ويمكن إيجاز ما سبق في أن التحصين التدريجي يمر في

خطوات هي:

- التشخيص.

- معرفة الاستجابات المتناقضة لاستجابات القلق لدى العميل.

- التدريب السلبي.

وقد حدد فولبة أنواع من الاستجابات المتناقضة أو المضادة لاستجابة القلق هي: الاسترخاء ، التدريب التوكيدي ، الاستجابات الجنسية وأضاف الاستجابات الحركية (Volpe, T).

أ- استجابة الاسترخاء : عبارة عن مجموعة من الأساليب التي وضعها جاكبسون ، وهو نظام من التمارين بحيث يصبح المريض قادرا علي التمييز بين حالة التوتر العضلي والاسترخاء والعضلي بوضوح ، بهدف إزالة الحماسية المطلوبة في المواقف الانفعالية ، وتؤدي إلي تكوين دافع لدي العميل للقيام بالاستجابات المطلوبة.

ب- استجابة التدريب التوكيدي: هي عملية تهدف إلي تدريب المريض علي الجراءة وتحسينه وتقوية الذات لديه فيما يختص بالعلاقات الاجتماعية الشخصية ، بهدف تمكن الفرد من الدفاع عن حقوقه والتعبير عن شعوره والتغلب علي خوفه الاجتماعي.

ويتم التدريب علي الجراءة الاجتماعية وتأكيد الذات عن طريق تمثيل الأدوار أو تبادل الأدوار مع المعالج. وقد أشار جوزيف فولبة إلي أن عملية التأكيد هذه تؤدي إلي إزالة مواقف القلق الشديدة وفي نفس الوقت تأكيد الذات الذي يأخذ شكل مكافأة (مارولد بيتش) .

ج- الاستجابات الجنسية : يوضح فولبة أنه عندما ترتبط استجابات العصبي بمواقف جنسية فإنه يطلب من المريض أن يقصر نشاطه علي مواقف أو أشخاص تكون لديه مشاعر سارة نحوهم ، عندئذ معاملة الطرف الآخر بأسلوب مضاد كالصبر والتشجيع وقد صرح فولبة وروثمان بفعالية التحصين المنظم في علاج الحالات الكثيرة

التي تعاني من الصعوبات الجنسية التي تؤدي إلى إثارة الاستجابة المضادة.

ثانياً: طريقة الكف الإيجابي: يعيد هذا النوع في علاج التبول اللاإرادي ، يهدف هذا النوع من العلاج إلى تكوين ارتباط بين منبه ما (ملئ المثانة وتوترها) واستجابة (للوقظة مع ملئ المثانة) حتى يمكن بعد التدريب أن يستيقظ الطفل عند حدوث الإحساس بملئ (المثانة) وقبل حدوث التفريغ ، وبالضبط أيقاظ الطفل قبل العتبة التي يحدث عندها تفريغ المثانة للبول ، وتسمى هذه الطريقة طريقة مور (البطانية والجرس) وتشمل نوم المريض على فمراض خاص يتصل بسلك كهربائي ، ويعمل للبول على توصيل للدائرة الكهربائية فوق جرس معين فيستيقظ المريض أثناء التبول اللاإرادي ، ويغيد هذا النوع من العلاج المصاب باضطراب يرجع لأسباب نفسية ويهدف إلى تكوين فعل منعكس شرطى عنه (تحدد المثانة) يحفبه تنبه المخ. فينتج عنه استجابة الاستيقاظ.

وقد لوحظ أن نسبة الشفاء التي تم الحصول عليها باستخدام العقاقير ليست أعلى من نسبة الشفاء بهذه الطريقة ولوحظ تحسن أسرع وشفاء أسرع في هذه الطريقة.

ثالثاً: العلاج عن طريق الممارسة السلبية (التفريغ السلبي): يستخدم هذه النوع من العلاج في علاج الحركات اللاإرادية Tics أو الكوازم وتعتمد هذه الطريقة على فكرة لك الشريطى للاستجابة غير المرغوب فيها أو للمادة السيئة المراد التخلص منها بتكرار ظهورها عدة مرات متتالية دون تعزيز أو تدعيم لها مما يبعث على الملل والتعب والإجهاذ ومن ثم الإقلاع عن ممارستها وتكرارها وعليه فإن

أي سلوك قهري أو لازمة أو عادة سيئة يطلب من المريض تكرارها مرات كثيرة متتالية مما يبعث عنه حالة من التعصب والضيق وعدم الراحة بعد أن كمل يحبه شعورا بالراحة ومن ثم يضطر إلى الانقلاع عن ممارسة تلك الاستجابة .

رابعاً: طريقة التعزيز الإيجابي: في هذه الطريقة يتم تعزيز أو تدعيم السلوك الموجب مما يؤدي إلى استمراره.

مثال : شخص يرفض الكلام ، نعرضه لمشكلة معينة تحتاج منه الحديث فعندما يتحدث بصوت مرتفع نثاب على حديثه و نعرز مما يؤدي به إلى استمرار الحديث.

ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي في علاج حالات: فقدان الشهية العصبي ، وحالات فقدان الصوت ، والانتواء ، والجمل ، والمشكلات الاجتماعية.

خامساً: - طريقة إغفال الاستجابة: أو تطفاتها لعدم استمرار التعزيز ويتم ذلك بإهمال العنلية بالاستجابة غير المرغوب فيها وعدم تعزيزها. مثل الطفل الذي يشكو من آلام بطنه من أجل جذب الآخرين من حوله ، وعدم تكرار هذه الاستجابة عدة مرات في وجود الآخرين لايجد من يرحب بها أو يعززها أي أنه الشكوى تقابل بالتفوق والإغفال والإهمال مما يؤدي إلى تطفاتها والانصراف عنها وعدم ممارستها.

سادساً: طريقة التثفير أو العلاج بالتكريه: تتخذ هذه الطريقة في علاج حالات الإدمان والتدخين ، وحالات الشهوة الجنسية بتكوين ارتباطات جديدة بين تناول المشروبات الكحولية حيث الشعور بالعجز بعد أن كان يشعر بالسرور والراحة ، ويتحقق ذلك باستخدام العقاقير التي تسبب القيء أو الهياج العصبي أو جفاف الفم أو الشعور بالمرارة

أو ضيق التنفس من الأحاسات غير السارة ، وهذه الطريقة توضح استخدام العقاب في علاج الاضطرابات النفسية بدلا من الثواب أي استخدام العقاب والهروب والتجنب التي تؤدي إلى كفا الاستجابة غير المرغوب فيها (هارون لنديتش).

٢- العلاج المعرفي السلوكي

Cognitive – Behaviour Therapy

يعد العلاج السلوكي المعرفي شكلاً حديثاً نسبياً من أشكال العلاج النفسي ، ونشأ هذا النوع من العلاج بعد أن رأيت فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم وحدها ، بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي عن نظريات الشخصية والنظريات الانفعالية والاجتماعية في علم النفس ، ومن هنا كان هناك علاج متعدد المحاور ليشمل:-

أ- الأساليب السلوكية القائمة على نظريات التعلم عند بافلوف ومكيز بشكل خاص.

ب- أساليب العلاج الذهني أو المعرفي والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير والتدريب على حل المشكلات.

ج- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي الجيد خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقُدوة (عبد الستار إبراهيم) ولهذا فقد ظهر العلاج المعرفي السلوكي الذي يعد أحد التيارات العلاجية الحديثة ، والذي يعد من أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة في السنوات الأخيرة ، والذي يهتم بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ، ويهدف إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل.

وقد شهد العلاج السلوكي المعرفي تطوراً سريعاً فيما بعد للمبوغنات ، حيث كان العلاج السلوكي من قبل يعتمد على العلاقة بين

المدخلات والمخرجات (المنبرات والاستجابات) ، واعتمد السلوكيون في العلاج علي نظريات التعلم ، ثم أوضح بانديورا من خلال التعلم بالملاحظة أنه الجانب المعرفي يلعب دورا هاما في التعلم ، وقدم كارمن وكارولي مودجا علاجيا للضبط الذاتي يقوم علي مراقبة الذات والتقييم الذاتي والتعزيز الذاتي ، ثم أضاف هيربرت ميتسنبوم نظريته في التعديل المعرفي السلوكي التي اعتمد في بنائها علي مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية والتي أدت بها لأن تكون أوسع وأشمل من النظرية المعرفية ، وتبني نظرية التعديل المعرفي السلوكي علي أسس هامة منها: فهم وظائف الحوار الداخلي ، والتعليمات الشخصية المتبادلة ، والملاحظة الذاتية ، والتدريب علي حل المشكلات ، وضبط الذات ، وتعلم مهارات المواجهة والتأقلم وإحداث التغيير في السلوك والمعرفة ، والجهد الذاتي لحدوث الاستبصار ، والتدريب علي أنماط سلوكية مبنية علي معارف عقلانية تفيد العميل في تحقيق للتأقلم (باترسون - مترجم) ، ويضاف لذلك لعب الأنوار والنمجة ، ثم ظهرت تكتيكات جديدة مثل رؤية أو تصوير الأفكار السلبية من جانب المريض وذلك بطريقة منظمة ، ومساعدته في التعرف علي العلاقات القائمة بين المواقف والأفكار والمشاعر ، وأن يحاول من خلال المناقشة مع المعالج البحث عن بدائل لتلك الأفكار ، والتعرف علي الأفكار المشوهة ، وفحص مدى صحة التعميمات المطلقة الموجودة لديه ، وتقييم احتمالات النتائج ، ومساهمة بقدر كبير في تحقيق ونجاح وقاعية العلاج المعرفي السلوكي. ومن أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه العلاجي نموذج أرون بيك Beck ويوضح أنه في الوقت الذي يركز فيه علي معارف ومعتقدات

الفرد في هذا - والأُن كسبب في اضطراب الشخصية ، فإنه يستعين أيضا ببعض الفئات السلوكية لتعلم الفرد للمهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدرّكاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل (صلاح عراقي) ، ويرى بيك أن الشخصية تتكون من أبنية معرفية تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد ، والتي يكتسبها خلال مراحل النمو ، ويسلم بأن الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة تكون نتاجا لمعارف محرفة ولا عقلانية ، فالمرضى يتحدثون أبا عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل ، ويكون عقله مغمورا بمعارف سالبة ومقدمات خاطئة ، وينزع إلى الخبرات الخيالية للمشوهة ، ويبرز الاحتراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الاضطرابات النفسية ، كما يرى بيك أن الأبنية المعرفية تميز الاضطرابات الانفعالية وتؤثر على إدراكات الفرد وتفسيراته للأشياء ، ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية (حسن عبد المعطي).

ويرى بيك Beck أن العلاج المعرفي السلوكي يركز على كيفية أدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة ، ويستند على نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يرى أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وأكثر تشويها ، وتصبح أحكامه مطلقة ، ويسيطر عليها التعميم الرائد ، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله محددة بدرجة كبيرة ، ويمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذه الإطار شكلا من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم ، كما يتحدد بوقت معين ، وهي عملية تتم بالتعاون بين المعالج والمريض من أجل

دراسة معتقدات المريض المرتبطة بمسوء التكيف والتوافق ، ونماذج تخيلاته وتفكيره وفحصها والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية.

مما سبق يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيراتها اللفوية على الانفعالات والسلوك معا ، وأن الاضطرابات النفسية إنما تنبع من اضطراب حالات التفكير (Michael) . وقد وضع بيك الملامح الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على تأثير الأفكار في الانفعالات والسلوكيات ، ويهدف إلى إقناع العميل بأن معتقداته غير منطقية وأن توقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية إنما هي أرجاع لمسوء التكيف الذي يعيشه العميل ، ويهدف العلاج إلى تعديل الإدراك للمشوء لدى العميل وإبداله بطرق أخرى للتفكير تكون أكثر ملاءمة ، مما يؤدي إلى إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وفعالية لدى العميل ، كما يهدف إلى المساعدة على نمو وتطور مهارات التحكم الذاتي ، ويعكس استراتيجيات حل المشكلات (Grow, R.J) .

وللعلاج المعرفي السلوكي أساليب متعددة أهمها التحكم الذاتي Self control والتدريب على مهارات حل المشكلات Problem Solving Skills ، والتعبير اللفظي عن الذات - Self Verbalization ، وفضيات إعادة البناء المعرفي Restructing (Spence's) Cognitive -

تعريف للعلاج المعرفي السلوكي:-

- هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك ، ويركز على تطور وتكيف السلوك ، وأيضاً نتيجة

السلوك غير التكيفي من خلال هذا المداخل العلاجي ، ويتم تعديل العديد من المشكلات الكليينكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات ، ويستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار .

- هو استراتيجية تصلح لتعديل سلوك الفرد الذي يحمل مشكلات ، ويؤكد علي تحليل الفرد والتحكم فيه .

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:-

- يركز هذا النوع من العلاج علي التنوير المعرفي الذي يجعل الفرد نشطا ، مما يؤدي إلي نجاح العلاج .

- التركيز علي فهم الفرد للجانب من الشخصية المراد تعديله .

- التأكيد علي العلاج الذاتي الذي يعتمد علي قدرة الفرد علي رؤية وتنظيم وتقرير السلوك المكتسب .

- التركيز علي التفاعل مع بيئة الفرد .

فنيات العلاج المعرفي السلوكي:-

تنقسم الفنيات إلي أقسام ثلاث:-

١- فنيات معرفية مثل :- التعليم النفسي Psychoeducation ،

والمناقشة والتعرف علي الأفكار اللاعقلانية وتعديلها ، وإعادة البنية

المعرفية ، والعلاج الموجه بالاستبصار ، والمقابلة الإكلينيكية ،

والمراقبة الذاتية ، والتحكم الذاتي ، والتدريب علي حل المشكلات

Problem Solving Skills training ، والتعبير عن الذات بطريقة

لفظية Self Verbalization ، وفنيات البناء المعرفي

Cognitive - Restructuring . . الخ

- ٢- فنيات انفعالية مثل: النمجة ، لعب الدور - للحوار المناقشة الوعط للعاطفي . إلخ.
- ٣- فنيات سلوكية: الاسترخاء ، القصص ، الواجبات المنزلية ، التمثيل ، الأشرطة الإجراءي كالتعزيز والعقاب ، أشرطة التخفيف من القلق ، التحصين التدريجي ، التعريض ومنع الاستجابة إلخ.
- هنا يلي عرضا لبعض الفنيات الهامة:-

١- التحكم الذاتي: **Self control** : وهو الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهداف طويلة المدى ، ثم العمل علي أخذ خطوات تجاه هذه الأهداف من أجل تحقيقها ، ويتضمن مجموعة عمليات يمكن للفرد من خلالها أن يغير أو يعدل من ظهور الاستجابة في وجود أو غياب التدعيم الخارجي للاستجابات ، حيث يتم من خلال ثلاث عمليات هي (مجدي حبيب):-

أ- مراقبة الذات (رؤية) **Self - Monitoring**: وهي تتطلب من الفرد إجراء ملاحظات لسلوكياته ، والمواقف التي تظهر فيها ، والأمياب التي تؤدي إليها ، وكذلك ملاحظة للنتائج المترتبة علي سلوكه وملاحظة الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة قبل ذاتي.

ب- تقييم الذات **Self - Evaluation** : ويتم من خلال مقارنة للفرد لأوجه أدائه في مواقف معينة بالمعايير أو المحركات الداخلية أو المستوى السائد للسلوك.

ج- تدعيم الذات **Self Reinforcement**: أي تنظيم المكافآت والعقاب التي يقدمها الفرد لنفسه سواء بصورة ظاهرة أو ضمنية.

٢- للتدريب على أسلوب حل المشكلات

Problem Solving Skills Training

أي إعداد برامج لتدريب المرضى على حل المشكلات ، بهدف تحديد المشكلة ، وتحديد نوعية الاستجابات البديلة ، وتوقع النتائج المختلفة لكل بديل ، ثم اختبار الاستجابة الأكثر احتمالاً.

٣- التعبير عن الذات بطريقة لفظية Self - Verbalization : حيث يتم من خلالها التركيز بشكل مباشر على الأفكار الخاطئة التي يحدث بها الفرد نفسه ، ويتم تعليم العميل أن يتوقف عن أحاديثه الذاتية غير الملائمة وتعليمه في الوقت ذاته عبارات إيجابية.

٤- إعادة البناء المعرفي Thought - Cotshing : حيث يسجل المريض أفكاره السلبية مما يساعد على قدرته على اختبار الواقع ، وتهدف إلى جعل العميل قادراً على مراقبة أفكاره وأحاديثه الذاتية بصورة صحيحة عندما يشعر باضطراب نفسي (كالإكتئاب) ومن نماذج تسجيل الاستجابة استمارة بك و آخر .

ب- اختبار الواقع بإيجاد استجابات بديلة للتفكير السلبى: وإذا تمكن العميل من إجراء التسجيل للأفكار البديلة ، فإن ذلك يساعد في أن يبعد بينه وبين أخطاء تفكيره ، ومن ثم تمهله في التوقع في مثل هذه الأخطاء مرة أخرى.

ج- العلاج البديلي Alternative Therapy : حيث يشجع العميل على إقرار أكبر قدر ممكن من الحلول ، وإمكانية تطبيق أو دعم هذا الأسلوب من التفكير ، عندما يتعرض لمشكلات أخرى (عبد الستار إبراهيم).

٥- التدريب المعرفي Cognitive – Rehearsal : إذا توقف

طريق عن أداء أنشطة كان يقوم بها فإنه يواجه صعوبة في عمل المهام بنجاح ، دون وعي منه بمصدر الصعوبة ، والتدريب المعرفي يعطيه إجابات علي نوع الصعوبة ومصدرها ، ويساعده في اكتشاف العوائق التي تواجهه عن طريق تحليل المريض إتمام المهمة بنجاح وشعوره بإنجاز بعض الأشياء.

٦- التدريب علي إعادة العزو Reattribution Training: حيث

يقوم العميل بإرجاع تأثير الأحداث إلي نفسه ، وإلي الظروف المحيطة به ، أي إعادة تشكيل الإدراك الشخصي لأسباب حدث ما ، بهدف تدريب العميل علي رؤية نتائج عزوه علي ملوكه ، وكيف حدث تقدم في ملوكه (Williams).

٧- جدول الأنشطة السارة (PES) Pleasant Event Schedul :

حيث تستخدم هذه الجداول في علاج تشخيص الاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية ، فهي تقوم بدورها في تلمس النقص في ممارسة النشاط ، كما أنها تستخدم كعنصر هام في تقدير المرض ذاته ، وذلك عن طريق إقرار الفرد بنفسه لمدي ممارسته اليومية للأنشطة وقدرته علي تسجيلها.

٨- النمذجة Modeling :

يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب الإرشادية والعلاجية التي تعمل علي تدريب الطفل علي العديد من المهارات الاجتماعية ، والتي من الممكن أن يكتسب الطفل الملوك من خلال التعلم الاجتماعي ، ومن خلال التعرف علي النماذج السوية والاقتداء بها أي ما يسمى التعلم بالتقوة ، حيث يعرض علي الأطفال للنماذج المرغوب تعلمها

في سلوكهم من خلال قصص يعرضها المعالج على الأطفال ، مع الشرح والتعليق على القصة ، ويتم ذلك في حوار بين للمعالج والأطفال (في حضور المعلمة أو الأم أو الاثنين معا). والنموذج المطلوب هو بطل القصة الذي دائما يلقى الإثابة على سلوكه ويتصف هذا السلوك دائما بالإيجابية في الموقف الاجتماعية ، وأن يكون شخص غير عدواني ، غير منفع ، جيد في تركيز انتباهه ، مطيع ، وفي نفس المرحلة العمرية للعبء الحالية ، ويهتم المعالج الباحثة بالتركيز على إثابة بطل القصة دائما حتى تدعم سلوكه ويعززه عند باقي الأطفال. ثم يطلب من الطفل أن يقلد هذا السلوك فوراً ، وتصلح هذه التقنية للتعليم الفردي والجماعي ، وتعتمد هذه التقنية على نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory لصاحبها ألبرت باندورا ، والذي أولي اهتماما خاصا للتعلم عن طريق النمذجة ، ويرى أنه لابد من وجود أربع عمليات أساسية متسلسلة لحدوث التعلم بالنمذجة تتمثل في:-

أ- عمليات الانتباه Attentional Processes:

حيث يوصي بضرورة الانتباه للنموذج السلوكي لكي يتم التعلم بالملاحظة ، ولابد للنموذج أن يكون مؤثرا على القائم بالملاحظة حتى ينتبه للسلوك المراد تعلمه ، وبالتالي يتوفر قدر من درجة إدخال المؤثرات النموذجية كي يحدث التعلم.

ب- عملية الاحتفاظ Retention Processes:

أن يتوفر لدى الفرد القدرة على الحفظ ، حيث أن الفرد لا يتأثر بسلوك للنموذج المشاهد إلا إذا تذكر السلوك المراد تعلمه.

ج- عمليات الأداء الحركي

:Motor Reproduction Processes

أن الملاحظة بمفردها لا تؤدي إلى تعلم المهارات ، كما أن المحاولات والأخطاء لا تساعد وحدها في تعلم العمليات الحركية ، ولكن لابد من عملية الممارسة ، ثم التنفيذ المرتدة لهذا الأداء الممارس ، والذي يفقد في علاج القصور في بعض جوانب السلوك المتعلم ، وتكرر الممارسة حتى يتم التعلم ، وهذا ما يسمى بلعب الدور ، والتنفيذ المرتدة.

د- عمليات الدافعية : Motivational Processes

حيث توفر العوامل الباعثة لأداء الاستجابة للمتعلمة ، حيث أنه من المحتمل أن تنطفئ الاستجابات المتعلمة عن طريق الملاحظة إذا لم يتم تدعيمها أو إذا تم عقابها ، (باندورا في: أحمد متولسي ١٩٩٣ م) وقد أشار عبد الستار إبراهيم على أهمية الاقتداء ومحاكاة النماذج في تعديل بعض جوانب القصور في السلوك الاجتماعي كالتعبيرات الحركية ومهارات الحديث ومهارات الحركة (عبد الستار إبراهيم).

٩- المناقشة وتبادل الحوار : Dissicusion

حيث يسعى الممارس إلى الحوار المتبادل بينه وبين الأطفال (بمشاركة المعلمة أو الأم) وذلك بعد الانتهاء من مرد القصة. وقد أكد العديد من الباحثين على فعالية المناقشة في الموقف التعليمي ، وما لها من آثار إيجابية تتمثل في: إثارة اهتمام التلاميذ نحو المتحدث ، تركيز الانتباه وعدم تشتته ، فهم أعمق لمحتوي الدرس وتنظيم المعلومات ، اكتساب العديد من المهارات والمفاهيم ،

تنمية مهارات التفكير والابتكار لدى التلاميذ ، تثبيت المعلومات ، كسر حدة الملل ، وشرود الذهن لدى التلاميذ ، التوجيه الصحيح للقيام بنشاط معين من قبل التلميذ (هالة بخش ، عايش زيتون). ويسمى المعالج إلى استخدام الحوار والمناقشة طوال الجلسات ، لما لها من أهمية في التواصل اللفظي والاجتماعي والانفعالي بينه وبين الأطفال ، وبين الأطفال ، وبعضهم البعض ، وبين الأطفال وأمهاتهم ومعلماتهم ، مع التوصية المستمرة على مواصلة هذا التواصل من كل الأطراف خارج الجلسات سواء بالمنزل أو المدرسة أو بين الأطفال وبعضهم ، حيث يري أن أسلوب المناقشة والحوار يجنب حواس الطفل نحو موضوع الحوار ، ويحقق شيء من الإيجابية والتفاعل بين أفراد المجموعة ، ويقال فرس النسيان عندما يظهر منه سلوك غير صحيح ، ويستخدم المعالج من خلال الحوار أسلوب التعزيز اللفظي المستمر ، الذي يدعم السلوك الإيجابي الصادر من الطفل ، ويبحث جوا من الحيوية والنشاط التعاوني والتكافؤ البناء ، وينمي لدى الطفل الطرق الصحيحة للمناقشة والإصابت للمتحدث واحترام رأي الغير ، وتباعد التعليقات الشفهية التي توجه إليه أثناء التدريب على بعض المهارات. وقد أشار عبد المنعم الحفني (١٩٩٤) أن الأطفال يركزون على الأحداث التي تثير خيالهم ، وقد يتوقف العرض (سواء عرض القصة أو العرض على مسرح المرائس) في اللحظات الحاسمة ، ويسأل المعالج الأطفال عما ينبغي أن يفعله أشخاص القصة ، وأن يعيدوا سرد القصة بأسلوبهم وكلماتهم ، ومن الممكن مناقشة الطفل في دور المراقبة ، وأن يمارس المعالج للتداعي الحر كاملا ، ويستمرار مناقشته لأخطائه وسلوكه ومساعدته

على فهمها ، ويساعد الطفل على أن يتصرف في مواقف الحياة المتشابهة.

٣- التمثيل (لعب الأكرار) Role Play :

مما لا شك فيه أن التمثيل يكثف عن قدرات التلاميذ وتنميها ، وينمي العمل الجماعي بين التلاميذ ، وينمي اتجاهات اجتماعية مرغوب فيها ، ويساعد على التوعية والتوجيه وتحسين الحياة في البيئة بين التلاميذ ، كما ينمي ميول التلاميذ لاستخدام وقت الفراغ المثمر. ولهذا يسعى المعالج إلى استخدام هذا الأسلوب كأحد الفنيات المتضمنة في البرنامج العلاجي ، علاوة على أنه يتيح الفرصة للتفيس الانفعالي وتثريخ الشحنات والرغبات الحوافية المكبوتة وغير ذلك ، ويتم من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل ، على أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر في التفاعل ، ويتكرر لعب الدور حتى يتم تطعيم السلوك المرغوب ، مسترشدا بالتعليمات التي يقدمها له المعالج بالقصة التي سبق أن عرضها المعالج ، وبالحوار والمنقشة الجماعية حول بطل القصة. وإذا عجز الطفل عن لعب الدور يمكن أن يقوم المعالج بلعب الدور هو بنفسه (لعب الدور المعكوس) ، أي يقوم المعالج بدور النموذج ، بمعنى أن يؤدي هو الاستجابة الصحيحة أمام العميل لكي يلاحظه العميل ، ويعرف كيفية الأداء السليم عن طريق الملاحظة ، هذا ويفيد لعب الأنوار في مواجهة الشحنات الأسرية وبعض القصور في السلوك الاجتماعي.

١١-الاسترخاء العضلي Muscular Relaxation : صاحب هذه

الفنية هو جاكبسون Jacobson وهي عبارة عن مجموعة من التمارين

أو نظام معين من التمارين ، بحيث يصبح المريض قادرا على التمييز بين حالتي التوتر العضلي والاسترخاء العضلي بوضوح ، ثم تدريجيا يتكرب المريض على الوصول إلي حالة من التضبط والسيطرة للشديتين على عضلاته.

وتقوم هذه التقنية على وجود علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي وبين إدراك الفرد لأية حالة وجدانية عاطفية ، إذا زال التوتر العضلي فإن الفرد لم يعد يحتمل معاناة الشعور الوجداني السابق ، وبذلك نجد أن حالة التوتر النفسي التي يتعرض لها الإنسان في مواقف الانفعالات تصاحبها حالة من التوتر العضلي ، حتى يستطيع الإنسان أن يحتمل الموقف الانفعالي ، وعند قيامه بتدريبات الاسترخاء ، فإنه يعمل على خفض حالة التوتر العضلي الذي يؤدي إلي خفض حالة التوتر النفسي ، وبذلك تقوم تدريبات الاسترخاء على ضبط حالة التوتر النفسي من خلال ضبط حالة التوتر الجسمي. (محمد خير الزرادي). وقد أثبتت العديد من الدراسات أنها من أكثر الفنيات العلاجية الهامة التي تؤدي إلي نتائج مفيدة في مجال العلاج مع ضرورة الاستمرار والتتابع في الطميبات الاسترخائية المستحضمة. قد أشارت العديد من الدراسات إلي فعالية هذه التقنية في خفض سلوك فرط النشاط لدى الأطفال ، وللوصول بهم إلي حالة من الاستقرار والأتزان السلوكي الظاهر ، وأيضا الاختزال الكيمائي الحيوي داخل الجسم (Walden, E.L.et al) عبد الستار ليراهيم).

١٢- التعزيز (التدعيم) Reinforcement : عندما يصدر عن الفرد سلوك سار أو مرغوب فيه ونرغب في استمرار ممارسته هذا السلوك ، فإتينا نسمى إلي تعزيز وتدعيم وتشجيع هذا السلوك

(تعزيز إيجابي) ، وعندما نسعى إلى إبعاد أو إيقاف سلوك غير سار أو غير مرغوب فيه ، فلننا نسمى إلى عدم تعزيز هذا الملوك أو إلى عقابه (تعزيز سلبي) حتى يتم التوقف عن ممارسة السلوك غير السار .

وهناك ثلاثة أنواع من المعززات هي:

١- معززات مادية ملموسة تكون قيمتها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية ، ويصلح هذا النوع من للمعززات بشكل أفضل مع الأطفال (الحلوى ، الطعام ، اللعب ، الخ).

٢- معززات اجتماعية وتنقسم إلى :-

أ- تقديم الانتباه والاهتمام من خلال ملوك يوجه للطفل مثل الانتماس والإيماء والنظر إلى الطفل.

ب- الحب والود الذي يظهر من خلال تقبل الطفل وحمله.

ج- الاستحسان باستخدام الألفاظ والحركات الدالة كالكلمات والتقبيل.

د- تنفيذ رغبات الطفل والامتثال لبعض طلباته.

٣- معززات نشاطية تشمل الأنشطة المحببة إلى الطفل مثل مشاهدة التلفيزيون ، والخروج للزهة ، ولعب الكرة ، ولعب الأتاري.

(Kazdin, AE)

١٣- الواجبات المنزلية Home work : تتمثل في تحديد

مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض سواء في المنزل أو المدرسة ، ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة ، كما يتم تقييمها مع بداية الجلسة التالية ، على أن يتم التدريب عليها في بداية جلسات العلاج ، وأن تتم بصورة تدريجية من الأسهل البسيط إلى السلوك المركب ، على أنه لا

يتم الانتقال من نمط سلوكي معين إلى الآخر حتى يتم التأكد من نجاح تنفيذ السلوك السابق ، ولا بد من اختيار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج ، كما أنه يتحدد نوع الواجب المدرسي أو المنزلي في نهاية كل جلسة.

وقد ثبتت كفاءة هذه التقنية في خفض فرط النشاط لدى الأطفال لما للدور الفعال للمنزل وكذلك للمدرسة في العلاج ، حيث الجو المدعم بالألفة والمحبة ، مع ضرورة استخدام المدعمات والمعززات المادية والمعنوية (Walden. E.L. et al).

الفصل الرابع

تأيم طرق العلاج النفسي

- ٤- العلاج العقلي الانفعالي
- ٥- العلاج النفسي المتمركز حول العميل .
- ٦- العلاج الجشطلتي .
- ٧- العلاج بالمضي .
- ٨- العلاج النفسي الجماعي .

٤- العلاج العقلاني الانفعالي

Rational Emotive Psychotherapy

يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي أحد فنيات إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring ويرتبط ببناء النظرية المعرفية بالتطورات الحادثة في علم النفس الاجتماعي ، وعلم النفس المعرفي ، ونظرية تشغل المعلومات ، وقد جاء العلاج المعرفي بمثابة رد فعل للعلاج السلوكي التقليدي كونه لا يعطي اهتماما كافيا للعوامل المعرفية ، حيث أن العلاج السلوكي يهتم بالسلوك الظاهر والعلاج الطبي العصبي التقليدي ، بينما العلاج المعرفي مبني على فكرة عقلانية تعني أن ما يركز فيه الفرد أو ما يقوله لنفسه عن اتجاهاته ومثله هام جدا .

ويشير العلاج المعرفي إلى مجموعة من الاتجاهات العلاجية التي تهدف إلى تعديل النماذج الخاطئة في تفكير العميل ، وينصب التركيز في هذا العلاج على أسلوب تفكير العميل ومشاعره وسلوكياته لكي يتم فهم العلاقة التبادلية بين التفكير والانفعال والسلوك ، ولذا ينظر إليه على أنه عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة .

ونعتمد فكرة العلاج المعرفي على تحديد أنماط التفكير اللامنطقي ، ومساعدة العميل على فهم الأثر السلبي لهذه الأنماط من التفكير ، واستبدالها بأنماط تفكير أخرى تكيفية وفعالة ، مع تدريب العميل على كيفية الضبط الذاتي .

وهناك أنواع متعددة للأساليب العلاجية للمعرفية مثل : العلاج العقلاني الانفعالي لأليس ، والعلاج المعرفي لبيك ، والتدريب على

مهارة التغلب على المشكلات لجولد فرايد ، والتعديل المعرفي للسلوك لرونالد ميشنوم.

وقد أرمى أليس العلاج العقلاني الانفعالي ثم ريد مصطلح السلوكي ، ويرى من خلاله أن سلوكيات المرصي ناتجة عن أفكار واتجاهات لا منطقية ، ويركز على التثابك بين العاطفة والتفكير والمشاعر والسلوك ، ويرى أن الاضطراب النفسي نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقي ، ولذلك فإننا لكي نفهم سلوكا معيما يجب أن نفهم كيف يشعر للفرد ويفكر ويدرك ويتصرف (حسن عبد المعطى).

ويعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي فنية علاجية غير صادية إلي حد ما ، وهو أحد أساليب العلاج الحديث الذي وضع أسمه البيرت أليس A Ellis ، يتكون من نظام فلسفي ونظرية في الشخصية ، وتستند نظريته علي افتراض مؤاده أن أنماط التفكير والمعتقدات اللاعقلانية الخاطئة التي سبق للفرد أن تعلمها واكتسبها ، تسبب حدوث السلوك المضطرب.

ويقوم العلاج العقلاني الانفعالي علي فكرة أساسية هي أن الإنسان حيوان عقلائي بصورة فريدة ، كما أنه حيوان غير عقلائي بصورة فريدة ، وأن اضطراباته الانفعالية والنفسية تعد إلي درجة كبيرة نتاج تفكيره بطريقة غير منطقية وغير عقلانية ، وأنه يمكنه أن يحصل نفسه من معظم تعاساته الانفعالية أو العقلية ، ومن عدم فعاليته واضطرابه ، إذا تعلم أن ينمي تفكيره العقلاني إلي أقصى درجة ، وأن ينخفض تفكيره غير العقلاني إلي أقل درجة (محمد الطيب) ، وعليه فإن العلاج العقلاني الانفعالي يستند علي أن التفكير والانفعال الإنساني ليسا بعمليتين متباينتين أو إنما تتداخل بصورة ذات دلالة ، وأنهما

يعتبران نفس الشيء أساميا وينبغي عدم النظر إليهما في انفصال عن بعضهما بصورة تامة ، وقد وضع أليس في نظريته ما يوضح ذلك من أن نظام للفرد وتفسيره للأحداث والخبرات التي يمر بها هي المسنولة عن اضطرابه الانفعالي وليس الحوادث أو الخبرات ذاتها ، وتصمنت نظريته في هذا الصدد:

- حدث محرك نشط.
- نظام معتقدات لاعتقالية.
- الأثر (الصحة النفسية).
- تنفيذ ومناقشة (الأفكار الالاعتقالية).

وعليه فقد وضع أليس نموذج ABC لتطور الانفعالات ، أوضح فيها أن المشاعر لا تسببها الأحداث أو الأفعال (حتى الأفعال السيئة) ولكنها نتيجة للأفكار الناتجة لدينا من خلال تلك الأفعال ، وبذلك كان كل انفعال إيجابي كالسرور والحب ، أو سلبي كالخوف والقلق والاكتئاب يسبقه بناء معرفي بمعتقدات ، وطريقة تفكير سابقة تساعد في ظهوره ، أي أن أليس افترض في نموده أن الاضطرابات النفسية ما هي إلا نتاج للتفكير الالاعتقالي الذي يتبناه الفرد.

هذا وينطوي العلاج العقلاني الانفعالي في رأي أليس على حوار ذو معنى بين المعالج والمريض ، إلا أن المعالج يقوم بمعظم الحديث خاصة بداية الجلسات ، حتي يوضح للعميل المقصود من العلاج ويساعده علي تحديد مشكلته بصورة قاطعة

وأن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يتضمن عناصر رئيسية تتمثل في :

- (A) الحدث المنشط Activity Action
- (B) للمعتقدات وتنقسم إلي أ- لاعتقالية Irrational Beliefs (IB)

ب- عقلانية Belives (RB)

(C) النتائج وتنقسم إلى أ- نتائج لا عقلانية

(IC) Irrational Belives

ب- نتائج عقلانية (RC) Rational

(D) الدحض والتفنيد Disputing

(E) الأثر (التغيير) ويقسم إلى

أ-تأثير معرفي (CE) Cognitive Effect

ب-تأثير سلوكي (BE) Behavior Effect

كما قسم ليس نمونجه هذا إلى قسمين:

الأول: القسم المرضي الذي يضم (A-IB-IC) الذي يوضح الاضطرابات الانفعالية والمواقف والسلوكيات الانهزامية .

الثاني: القسم العلاجي والذي يضم (A-BB-RC-D-CE-BE) والذي يتم من خلاله تفنيد وإزالة الأفكار اللاعقلانية وصولاً للتأثير المعرفي السلوكي.

مما سبق يتضح ان العلاج النفسي العقلاني الانفعالي يقوم بهجوم

منمق على الأوضاع غير المنطقية للشخص المضطرب بطريقتين :

١- يضطلع المعالج بمهمة الداعية المضاد ، الذي يناقض وينكر الدعاية الانهزامية والخرافات التي تظمها المريض أصلاً ، والتي يقوم المريض بفرسها تلقياً.

٢- يقوم المعالج بتشجيع المريض وحثه والتحليل عليه ، وأحياناً ما يصر على أن يخرط المريض في نشاط ما ، وهذا في حد ذاته يقوم بمهمة عمول فعال للدعاية المضادة ضد الهراء الذي يؤمن به المريض (محمد الطيب).

ويشير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في اتجاه توطيف المواجهة الفلسفية المباشرة ، حيث يوضح المعالج للعميل أنه في كل مرة يمر فيها بانفعال أو سلوكه مختل عند النقطة (C) أنها تحدث بشكل غير مباشر بسبب تغيراته أو فلسفته أو موقفه أو معتقداته عند النقطة (B) ، ثم يعمل المعالج العميل كيف يعارض هذا المعتقد علميا ، وبطريقة منطقية وقابلة للتجريب عند النقطة (D) ، ثم يستمر في هذه المعارضة حتي يخرج عند النقطة (E) بمجموعة من التأثيرات العقلانية للمحموسة (CE) والتأثيرات السلوكية المناسبة (BE) ، وعندما يكون قد استمر لفترة من الوقت عند النقطة (RC) يكون أقل تعرضا لاقناع نفسه بالمعتقدات اللاعقلانية (IB) ، ومن ثم لحدوث نتائج غير مناسبة (IC) أو اضطرابات انفعالية (Ellis) .

خطوات العلاج :

أوضح محروس الشبلي أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يمر بالخطوات الأربع التالي:-

الأولي: يبين المعالج للعميل أنه غير منطقي ، وأن يساعد على فهم كيف ولماذا أصبح كذلك، وأن يوضح له العلاقة بين أفكاره غير المنطقية وتعاثته واضطرابه الانفعالي .

الثانية: أن المعالج الذي يستخدم هذا النوع من العلاج يتجاوز هذه المرحلة ، بأن يظهر للعميل بأن يستمر في اضطرابه لاستمراره في التفكير بطريقة لا عقلانية ، أي أن تفكيره غير المنطقي المستمر معه في الوقت الراهن هو المسئول عن حالته ، وليست التأثيرات المستمرة للأحداث السابقة النشطة.

الثالثة: يقوم فيها المعالج بجعل العميل يغير تفكيره ، ويقطع عن الأفكار اللامنتطقية .

الرابعة : يتجاوز للمعالج مرحلة للتعامل مع الأفكار غير المنطقية بشكل محدود ، ويبدأ الأخذ في اعتباره الأفكار اللامنتطقية العامة ، بالإضافة إلى تبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن للعميل أن يتحاشى الوقوع ضحية أفكار أحري غير منطقية .

وقد عرض أليس في كتابه العقل والانفعال في العلاج النفسي، الأفكار والمعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية والتي تتسبب في حدوث الاضطرابات الإنفعالية ، أكد منها على إحدى عشر فكرة هي:-

- طلب الاستحسان وأن يكون الشخص محبوبا ومقبولا من أفراد بيئته المحيطة .
- ابتغاء الكمال ، حيث أن الفرد يجب أن يكون فعالا ومنحزا حتي تكون له قيمة .
- اللوم الزائد للنفس وللآخرين ، حيث أن بعض الناس سيئون وشريرون ، ولذا يجب أن يلامو وأن يعاقبوا.
- توقع للمصائب والكوارث ، حيث أن الأمور تأتي علي غير مايتعلمي الفرد .
- التهور وعدم المسؤولية الانفعالية ، حيث أن تعاسة الفرد تنشأ عن ظروف خارجية لا يمكنه السيطرة عليها أو التحكم فيها .
- الاعتمادية عل شخص آخر أقوى منه ، حتي يمكن الاعتماد عليه.
- إمكانية تجنب بعض الصعوبات والمستويات بدلا من مواجهتها.

- الشعور بالعجز حيث أن خبرات الماضي هي محدّدات أساسية لسلوك الفرد في الحاضر .

- تجنب المشكلات والمسؤوليات أفضل من مواجهتها .

- الأتباء المخيفة أو للخطرة تستدعي الاهتمام الكبير والانشغال الزائد ، وبالتالي فإن احتمال حدوثها يجب أن يشغل الفرد بشكل دائم .

- هناك دائماً حل مثالي وصحيح لكل مشكلة ، وهذا الحل لا يبد من إيجادهِ ، إلا فالنتيجة تكون مفاجئة (سليمان للريحاني ، Ellis) .

أضاف عبد الستار ابراهيم أساليب أخرى للتفكير الخاطئ تؤدي إلى القلق والاضطراب الانفعالي : المبالغة ، التعميم ، التوقعات السلبية السيئة ، المول إلى إدانة الآخرين ، أخطاء الحكم والاستنتاج .

وقد أشار أليس إلى أن هدف للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

١- مساعدة المريض على التعرف على أفكاره غير العقلانية والتي لها تأثير سلبي عليه .

٢- تشجيعه على الاعتراض عليها ومحاولة التخلص منها .

٣- تشجيعه على تعديل الاعتقادات غير العقلانية وغير الواقعية والحادّة للذات ، واكتسابه أساليب تفكير أخرى أكثر عقلانية وأكثر ايجابية بعدة طرق ، أهمها الحوار الفلسفي والطرق الانعكاسية ، بما يساعد على تخفيف حدة القلق ولوم الذات لديه ، واكتسابه القدرة على الحكم على الأشياء من حوله حكماً سليماً .

كما أوضح كل من أليس وبرنارد أهم معايير الصحة النفسية للفرد

والتي تمثل أهدافاً خاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هي :-

- الاهتمام بالذات . - التوجيه الذاتي .

- تحمل الاحباط بشكل واضح - المرونة .

- التمسك بالأهداف الحلاقة. التفكير العلمي .
- توقع حدوث تعبيرات مفاجئة في الحياة وتقبلها.
- تقبل الذات. - تقبل المخاطرة.
- للسعي الدائب نحو تحقيق الذات .
- عدم المثالية.
- المسئولية الذاتية عن الاضطرابات الانفعالية بعيدا عن الظروف الخارجية .

فنيات الارشاد العقلي الانفعالي :-

- ١-تحقيق علاقة بين المرشد (المعالج) والعميل ، أي التعارف التام بينهما وخلق جو من الألفة وتحقيق الانتماء ، وتقبل العميل .
- ٢-فنية ABC للتحليل السلوكي ، حيث يتم عرض عدة مواقف يقوم المعالج بتحليلها وتصويب الخاطئ فيها في حوار جماعي .
- ٣-المنظمات الاستهلاكية : حيث يقوم المعالج بإلقاء محاضرة مدعمة بملاحظات أو كتب أو أحدث ولقمة عن التفكير الإنساني وما غيره ، وموقفه ودوره في أحداث الاضطرابات للإنسان من خلال أسلوب ، التفكير وطريقته ، وبيان مدى إمكانية تعديل هذا الأسلوب ومفهوم الاتجاه ومكوناته .
- ٤-تعبير المريض عن لفعالاته تجاه للموقف المعروضة عليه في جو من التقبل والألفة .
- ٥-الدحض أي الاعتراض علي أفكار المريض ومعتقداته من قبل المعالج (الرغبة والرغبة المضادة) .
- ٦- تشجيع العميل علي المخاطرة بالتعبير عن لفعالاته ومشاعره ومعتقداته التي يخشي إظهارها بشكل صريح .

٧- لعب الدور : حتي يمكن الاطلاع علي مشاعر الآخرين والإحساس بمشاعرهم .

٨- العمل المحوري: يستخدم أليس أسلوب الحوار المركز علي عمل محوري focal في اللحظة المعينة (٣٠ دقيقة لكل عمل) ، وقد يوجه أعضاء الجماعة وسائل مباشرة لهذا العمل ، للكشف عن الاعتقادات اللاعقلانية ومناقشتها وتوجيه التعليمات إليه للاستمرار في ذلك إلي أن يحدث التغيير ، حيث يقوم المعالج بدور الداعية المضاد.

٩- إثارة التناقض بين معتقدات الفرد وتوضيحه ، حيث يطلب الباحث من العميل تبني وجهة نظر معينة تخالف ما يعتقد فعلا ، وهنا يثار تناقض وعدم اتزان بين ما يعتقد الفرد ، وما يسعى إلي إنقاع الآخرين به ، مما يدفع الفرد إلي محاولة اختزال هذا التناقض بتغيير معتقده هو ، لاسيما إذا اختير الموقف بحيث يكون موقف الفرد منه لا منطقيا .

١٠- المراثون (جماعات للقاء للمواجهة) هو لقاء مواجهة عقلانية يتم في نهاية الأسبوع الأول ، ثم يعاد مرة أخرى بعد مضي من (٦-٨) أسابيع . ويهدف إلي التعرف بين الأعضاء وإزالة الحوج ، والقيام ببعض التكريبات علي بعض الفنيات مثل : لعب الدور ، العمل المحوري وغيرها ، مما يفيد في أن يتخلى الفرد عن بعض دفاعاته اللامنطقية (إبراهيم الشافعي ، لويس ملوكه ، عبد الستار إبراهيم ، سليمان الريحاني)-

استخداماته: يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي في علاج العديد من الاضطرابات مثل : حالات التعصب بأنواعها المختلفة ، وتعديل

العديد من الاتجاهات التعصبية ، الاكتئاب ، القلق ، العنول ،
الإدمان ، الانحرافات الجنسية ، الاضطرابات السيكوباتية .

أدوار المعالج في العلاج العقلاني الانفعالي :

● أن يتعامل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطراب والتعاسة دون
داع ، أو الذين تنغل على كاهلهم مشاعر القلق الشديد أو العدائية
وأن يوضح لهم أن الصعوبات التي يعانون منها تنجم من إدراكهم
المشوه وتفكيرهم غير المنطقي ، وأن هناك طريقة لإعادة ترتيب
إدراكاتهم ، وإعادة تنظيم تفكيرهم ، من أجل القضاء على السبب
الأساسي لصعوباتهم ، وهذه الطريقة وإن كانت بسيطة نسبياً ، إلا
أنها تتطلب بذل الجهد.

● أن يجعل العميل يعي أعراسه المرضية ويزيد من وعيه بتلك
الأفكار المدمرة للذات ، وأن يجيب العميل على خواطره بشكل
أكثر موضوعية وواقعية.

■ أن يعدد المعالج للعميل دائماً إلي الأفكار غير العقلانية التي تكمن
وراء انفعاله أو مخاوفه ولا يتردد في مناقشتها ومناقضتها ، وفي
ما يقوله العميل متخذاً أمثله من حياة العميل نفسه أو من حياة
الناس عموماً لتدعيم رأيه.

● أن يعلم المعالج العميل كيف يتغلب على اضطراباته الانفعالية ،
وأن يعتقد المعالج العقلاني أن الانفعالات السالبة الدائمة
(الاكتئاب ، القلق ، الغضب) لا ضرورة لها في حياة الإنسان ،
وأنه يمكن القضاء عليها إذا تعلم للناس بصورة متسقة أن يفكروا
بطريقة سليمة ، وأن يتبعوا تفكيرهم المستقيم بأفعال فعالة ،

فهمة المعالج أن يوضح لمرضاه كيف يفكرون بطريقة مستقيمة، وأن يتصرفوا بطريقة فعالة.

- يبين قبوله للعمول ، كما يتق بالعمول وبقدرته على أن يفكر ويعمل بشكل أفضل ، إذا توقف عن أن يقل من شأن ذاته.
- يجب عليه الامتناع للعمول جيداً ومحاولة تحليل ما يردده العمول .
- أن للمعالج العقلاني الانفعالي يفترض أن الشخص العمالي هو شخص كثر من حيث الإمكانيات ، ولكنه بطريقة ما وعلى مستوى بعينه من الوظيفة لا يحقق هذه الإمكانيات وأن يمسر أهدافه في الحياة.
- يجب على المعالج أن يستمر في إمالة اللثام عن ماضي المريض ، وبصفة خاصة تفكيره غير المنطقي في الحاضر وتلفظاته المدمرة للذات (محمد الطيب).

مميزات العلاج العقلاني الانفعالي:

- أنه من أكثر النظريات المعرفية الهامة في وصف الاضطرابات الانفعالية.
- أنه يسمح للمعالج أن يعلم العمول كيف ينشأ عقله (أو كيف يحترض) الافتراضات المتخالفة عن نفسه وعن الآخرين.
- نظرا لأن هذا النوع من العلاج مبني على نموذج تعليمي إيجابي ويعلم العمول كيف أنه يسبب الإزعاج لنفسه بأفكاره غير العقلانية ، ومن ثم فإنه يسعى إلى كشف هذه المعتقدات والأفكار غير العقلانية لدى العمول ، كما يعلمه كيف يغيرها.

- من خلال هذا النوع من العلاج يمكن للمعالج أن يوضح لنفسه كيف يمكن لعمله مناقضة نفسه وتحديه لأفكاره اللاعقلانية، ويساعده على كيفية التخلص منها واستبدالها بأخرى عقلانية.
 - إنه لا يسعى إلى مجرد إزالة الأعراض ، بل يسعى إلى تغيير فلسفي صديق ودائم للفرد .
 - التأكيد على التقبل الذاتي للفرد بدون قيود أو شروط.
 - التأكيد على أن تحمل الإحباط حتى ولو كان منخفضا يؤثر في أحداث اضطراب انفعالي .
 - التأكيد على نجاح العلاج العقلاني الانفعالي في التعامل مع الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب وغيرهما.
- (Neeman M etal ,Ellis)

٥ - العلاج النفسي المتمركز حول العميل

Client - Centered Psychotherapy

صاحب هذا العلاج هو العالم الأمريكي كارل روجرز صاحب نظريات الذات ، وهو من الأساليب التي تستهدف التغلب على نواحي القصور في العلاج التقليدي ، حيث المصلحة في يد العميل ، بهدف وصول العميل وليس للمعالج إلى حالة من الوعي والبصيرة والفهم للمشاكل ، ومن ثم إصدار القرارات ، فهو يقوم على مسلمة أن كل شخص لديه حاجة طبيعية لتقدير ذاته ، ولا تشبع هذه الحاجة إلا إذا أدرك المريض تماما إمكانياته ودوافعه وقدراته وتقبل ذاته ، وتتخلص هذه المسلمة في المبادئ الثلاث: أعرف نفسك كن صادقا مع نفسك راقب نفسك ، وعليه كلما كان الشخص على بصيرة بما يقوم به من تصرفات وعلى إدراك لذاته ، بحيث يكون دراية بدوافعه واستجاباته

في المواقف المختلفة ، كلما أدي ذلك إلى التوافق النفسي والصحة النفسية.

ويري البعض أن الاتجاه الذي يصل به العميل إلى العودة يجب أن يكون موضع اعتبار المعالج ، لأن ذلك سوف يساعد في نجاح العلاج ، ولهذا يري روجز ضرورة إلقاء مسئولية هذا النوع من العلاج النفسي على العميل ذاته ، ويرى أنه لا داعي لإطالة الوقت في عملية التشخيص للاضطراب النفسي ، حتى لا تنتقل مسئولية العلاج من العميل إلى المعالج ، كما يري أنه من الأفضل قبل البدء في التشخيص أن يبدأ العلاج بتشجيع المريض علي التحدث عن نفسه بحرية وطلاقة بحيث يعبر عن الانفعالات السلبية والإيجابية بشيء من الأمان والثقة.

نور المعالج:-

يبدأ عمل المعالج بتصميم المقابلة ، ويتطلب ذلك شرح معنى شروط الاتفاق بينه وبين العميل ، ويوضح له أن العمل من أجل حل مشاكله هو مسئولية الشخص.

* أن معظم جهود المعالج تتركز حول توضيح مشاعر المريض التي عبر عنها ، وليس من هدفه أن يصدر حكما عليها أو أن يعلق عليها.

* أن يخلق جو يشعر فيه العميل بقيمته الذاتية ومعنا وقد أوضح روجز أن هناك ستة شروط ضرورية وكافية هي:

١- شخصان في اتصال نفسي.

٢ أولهما (العميل) هو في حالة عدم مسيطرة بكونه سهل الانجرار أو تقا.

٣ ثانيهما (المعالج) هو في حالة مسيطرة أو تكامل ضمن العلاقة .

٤- المعالج يشعر بتقدير موجب غير شرطي تجاه العميل.

٤ - المعالج يعرض (الفهم الإمبائي) للإطار المرجعي الداخلي عند العميل ، ويجاهد لإيصال ما يخبره إلى العميل.

٥ - الفهم الإمبائي والتقدير الموجب غير الشرطي عند المعالج قد تحقق الحد الأدنى من إيصالهما إلى العميل (مصلح مخوم).

٥ الترحيب بالعمل الذي يأتي بنفسه للعلاج وتشجيعه على الحديث بصدق وبث الثقة بنفسه.

♦ يجب الاعتماد على التوجيه العقلي للمريض.

♦ تحقيق علاقة جيدة مع المريض خالية من الروابط العاطفية ومن السيطرة أو الضغط.

♦ لابد من توافر الحماس والشعور بالمسئولية لدى المريض.

♦ السماح للمريض أن يعبر عن مشاعره ، وعلى أن يقبل المعالج كل ما يقوله المريض.

♦ تحديد المشكلة وتعريف المريض بسهولة علاج هذه المشكلة.

♦ البحث عن الأسباب الحقيقية التي أدت إلى حدوث المشكلة بالبحث في تاريخ حياة المريض وأسلوب تربيته ، وخبراته التي مر بها.

♦ أن يعرف للمريض خطة العلاج التي توضع له وبالاتسار له معه ، والمعالج مسئول عن صحة وموضوعية هذه الخطة ، وعلى المريض التنفيذ ، وترجمة هذه الخطة إلى سلوك ، وأن يعرف المريض أن هدف هذه الخطة هو علاجه وتحقيق الصحة النفسية لديه.

♦ على المعالج الالتزام بحدود الموقف العلاجي بأن يضع المعالج حدودا للعطف مع العميل أي أن تكون العلاقات العلاجية علاقات بشرية وليست آلية.

وإستخدم روجرز طريقة تسجيل ما يدور في جلسات العلاج من أقوال وأفعال كي تساعد في تحليل العوامل المتفاعلة فيها ، حتى تتاح الفرصة للمريض لأن يجد من يشركوه في مشاعره ومشاكله ، مما يساعد على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للمريض ، والوصول به إلى مستوى أفضل للصحة النفسية. (Rogers ، وفصل خير الرراد ، عبد الرحمن العموي).

ويشترط في المعالج أن يكون متوافقا مع ذاته ، لديه تطابق بين مفهومه عن ذاته وخبرته وذاقته المثالية ، أن تكون لديه شفافية وحساسية ، مخلص في مشاعره تجاه العميل ، مستمع جيد ، قادر على إدارة المناقشة ، مقاتل ، بعيدا عن اللوعظ والتفسير لما يصدر عن العميل ، فليقبل ما يصدر من العميل من مشاعر وسلوكيات سلبية ، واسع الخبرة.

أهداف العلاج المتمركز حول العميل:-

- ♦ تحرير طاقة النمو لدخل الفرد سواء كانت كامنة أو معاقة.
- ♦ الكشف عن المشاعر والدوافع المكبوتة التي تتركز حولها المشكلة ، وكذلك الكشف عن الصراعات التي يعاني منها المريض.
- ♦ تنمية رغبة العميل في أن يبنى ذاته وأن يدرك ذاته.
- ♦ تقبله لذاته.
- ♦ التركيز على المشاعر السلبية التي تصدر من العميل ، والتي قد تتحول نحو المعالج ، وتشجيع العميل على مواجهتها بصراحة ، والاعتراف بأنها منحرفة وضارة ويجب التخلص منها.

- ◆ تكوين مفهوم ذات إيجابي.
- ◆ الاستبصار بالذات وتوجيه قدرته في اتجاه جديد صحيح.
- ◆ تدعيم ثقته بذاته.

٦- العلاج النفسي الجشطلتي

Gestalt Therapy

لقد أخذ العلاج الجشطلتي في التوسع والانتشار ، ، يستخدم مع الطلاب الأسوياء ومع أصحاب الصعوبات البصرية ، ومع تدريب الوعي للجماعات المتخصصة ، كما يستخدم كأسلوب مساعد مع طوق العلاج الأخرى كالعلاج بالعمل أو العلاج بالفن ، كما يستخدم في الفصول المدرسية وفي مراكز رعاية الأطفال (العيسوي).

ويعتبر العلاج الجشطلتي من الطرق ذات النزعة الانسانية التي تنظر إلى الانسان على أنه كائن عضوي يستطيع التحكم وبدرجة لها قيمتها في مصوره ، وتمتد فكرته على مبدأ أن الوحدة الكلية للسلوك البشري هي شيء أكثر من مجموع أجزاء السلوك.

ويهدف العلاج الجشطلتي إلى تنشيط عملية النمو ، وتطوير الإمكانات الإنسانية ، فالمعالجون الجشطلتيون لا يتحدثون عن سرور فوري ، ووعي فوري ، وشفاء فوري ، لأن عملية النمو تتطلب وقتاً ، ويقول بيرلز أنه في هذا العلاج لا نكتفي عن إمالة اللثام عن لعب الأنوار ، وإنما نسعى إلى سد الثقوب في الشخصية لنعيد إلى الشخص دينه واكتماله مرة أخرى (محمد الطيب)

وقد ذكر صلاح محيى صريفة العلاج الجشطلتي هي وعية الوجهه Awareness - Oriented ، فهدف الكائن البشري هو أن يضطلع بشكل متكامل ودقيق بتنظيم جشطلت خبراته ، وكما يبلغ إلى

ذلك فإنه يحتاج إلي أن يكون من اكتمال الوعي بذاته وبالأخرين ما أمكن ، مثل هذا الوعي يتضمن عددا من القيم تخص الحياة الصحيحة . ولأن هذه الطريقة في العلاج هي قبل كل شيء حاضرة - الوجهة Present - Oriented ويصفها بيرلز:-

الآن - تجربة حية - وعي - واقع . والماضي لم يعد والمستقبل ليس بعد ، فالآن وحده هو الذي يوجد . وأكد علي أن أهم المصطلحات في طريقة العلاج الجشطلتي هما: الآن وكيف.

وأهم فنيات العلاج الجشطلتي هي فنية إقامة متصل وعي A continuum of Awareness ، وهو متصل ضروري كما يستطيع الكائن العمل وفقا لمبدأ الجشطلت الصحي ، بمعنى أن أهم موقف غير متكامل أو غير منتهي سينتق دائما ولأبدا وبالتالي يمكن تناوله ، و إذا منعنا أنفسنا من تحقيق هذا التشكيل الجشطلتي ، فإننا سنقوم بوظائفنا بصورة رديئة ، وبالتالي سنتحمل معانا مشكلات وألوف المواقف غير المنتهية التي تلج في طلب الاكتمال (محمد الطيب).

ويحدد بيرلز Perls (في فيصل خير الزراد) خمس مراحل

للحصاب يجتازها المريض:-

الأولي: مرحلة الخداع حيث يعيش المريض من أجل تصور عن ذاته بأكثر مما يعيش من أجل ذاته الحقيقية ، مثلما يكون شينا من الهروب من الواقع ، فإن المريض يقوم بالأدوار ، ويلعب الألاعيب من أجل ذلك ، والمعالج يتقن أثر هذه المرحلة من الخداع.

الثانية: المرحلة لارعاية.

الثالثة: مرحلة الطريق المسدود The impasse

الرابعة: مرحلة التفجير الداخلي.

الخامسة: مرحلة التفجير الخارجي.

وبعدما يتخلى الواصل عن الخداع فإنه يكتشف الوضع
الرهابي من خلال مما نعتة لأن يكون ما هو عليه ، ومسخطه علي
إخفاقاته ، والعصامي يشعر بعدم الرضى كما يشعر بمقاومته للتمجير ،
فإذا ما معني العصامي إلي ما وراء هذه المرحلة ، فإنه يصل إلي
الطريق المسدود ، حيث يشعر بأنه فارغ عديم للمعنى ، وهذا للشعور
(في رأي بيرلز) من الفراغ وعدم للدلالة تعقبه مرحلة التفجير
الداخلي، حيث يوجه العصامي مشاعره نحو الداخل ، وتكون طاقاته
سلبية متجمدة ، ثم يعقب ذلك التفجير الخارجي الذي يؤدي إلي بلوغ
المريض الحياة الحسنة الجشطولية Grestall Good Life

أما عن دور المعالج في العلاج الجشطولي:-

- ◆ أنه يجعل المريض يكتشف بنفسه إمكانياته النفسية المفقودة ،
ويساعده علي أن يكون في مقدوره أن يحشد إمكانياته.
- ◆ لا يقوم المعالج الجشطولي بتحليل نفسي للمريض ، ولكنه يعمل
علي تحقيق عملية التكامل ، ويحاول أن يتحاشى الخلط بين الفهم
من ناحية ، والتوصل إلي التفسيرات من ناحية أخرى.
- ◆ أن ينظر المعالج الجشطولي إلي العلاقة العلاجية علي أنها
مواجهة بين فردين ، وهذه المواجهة كثيرا ما تكون بؤرة عند
المريض لوعيه الحاضر وما يعيشه.
- ◆ أن يعمل كل ما يستطيع ليريد من وعي المريض بما يعيشه كي
يتمكن العميل من مشكلاته ، وعلي العميل أن يستحدث مهارات
في الإدراك المعلى ، وفي أن يعيش التجارب الحية بشكل مكتمل.

- أن ينظر إلى الشخصية على أنها نتاج عملية من التكوين والتنمير المتصلين للوحدات الكلية المدركة ، وأن يرى أن إدراكات الفرد هي التي تحكم سلوكه ، وأن يضيف المعالج الجشططقي إلى هذا المفهوم مفهوما آخر هو انتظام هذه الإدراكات ووحدها الكلية (جشططت).
- أن يساعد المريض بأن يكون واعيا بذاته وبالأخرين ، وأن يشمل هذا الوعي عددا من القيد -ت-ي إلى الحياة الصحيحة ، والوعي بالأخرين وبالبيئة تماما ، كالوعي الطبيء وغير المحدود بالذات ، الحياة تعاش في الحاضر ، والنقطة الحاضرة هي مركز الوجود.
- أن يعرف للمعالج أن الآن وحده هو الذي يوجد ، وأن الذي يسم المعالج فقط معرفة الآن كيف يكون المريض ؟ وكيف يشعر ؟ وما الذي يعيشه في الحاضر ؟ وليس هناك اهتمام بالعوامل المسببة ، وإنما الاهتمام ينصب على كيف هي الأشياء الآن في هذه اللحظة.
- أن يتعرض المعالج على المريض عندما يحاول أن يدخل في مرحلة الخداع ، وأن يحثه على أن يركز على ذاته ، وعلى أحاسيسه البدنية ، وإدراكاته للبيئة ، وعلى مشاعره تجاه نفسه وتجاه المعالج والأخرين.
- لا يعد المعالج إلى التأويلات ، ولا يجيب على أسئلة المريض ، ويطلب منه إعادة صياغة الأسئلة بصورة إيجابية (بيرلز).
- أن يشجع المريض على استخلاص معنى أحلامه ، وليس تلويل الحلم، بل دلالة الحلم بالنسبة إلى ما يعيشه المريض في الحاضر (بيرلز في فيصل خير الزراد).

٧-العلاج بالمعنى

Logo Therapy

هناك ما يعرف باسم الإرشاد المعتمد على العلاج بالمعنى ، وهو أحد الطرق الوجودية في الإرشاد القائم على نظرية العلاج بالمعنى وفنائه لفرانكل ، وفيه يركز الإرشاد بالمعنى على اكتشاف معنى الحياة وتحقيق فردية العميل ، وأن يصبح أكثر مسئولية لحياته ، ومساعدته في ترسيخ إرادة المعنى والاتجاه في الحياة ، ويشير سيد صبحي (١٩٨٣) إلى ما أوضحه فرانكل عن مشاكل الفراغ الوجودي الذي قد يحياه العديد من الناس حين يعجزون عن إيجاد أساليب المواجهة بين متطلباتهم ومقتضيات الواقع ، أو حين يدفعهم شعورهم بالمعجز إلى تجديد كل ملامسات الحياة والواقع من معناه الذي حددها ويكسبها دلالة ، ويعبر فرانكل عن انتشار ظاهرة الفراغ الوجودي عند الإنسان في القرن الحالي والتي تنبدي في حالة المثل التي قد تؤدي إلى الأديمان وجموع السلوك.

وقد أوضحت رينب العايس أن العلاج بالمعنى يعتمد على مخاطبة عقل صاحب المشكلة على اعتبار أن العقل قوة بشرية توضح في مقابل الانفعال أو العاصفة وأضالفت أن هذا النوع من العلاج يعتمد على خطوات إجرائية محددة تتمثل في:-

١-تبصير صاحب المشكلة بمجموعة المعاني التي يعتزr إليها ومسببت له المشكلة

٢-تعويد صاحب المشكلة على تحمل المعنى.

٣-توظيف الإدارة وتحمل المسئولية.

٤- اتخاذ القرار والاشترأك فيه.

كما أشارت إلي ما أكدته فرانكل علي أن الإنسان لا يحقق وجوده إلا من خلال معنى ينجزه ، قيم يحققها ، ولا يمكن أن يكون الوجود الانساني جديرا بالثقة إلا إذا عاشه الإنسان علي أسس من التسمي بالذات أو تجاوزها ، فالإنسان يعيش بالمثل وحيث بالقيم ، وأن فرانكل قد لخص معنى الحياة من ثلاثة أنواع من القيم الإنسانية وهي:-

١- القيم الابتكارية.

٢- القيم للتجريبية.

٣- القيم التي تؤدي إلي تكوين الاتجاهات.

ركائز العلاج بالمعنى:-

وقد أوضح محمد الطيب أن فرانكل قد أوضح أن مفهوم الإنسان في العلاج بالمعنى الوجودي يقوم علي ركائز (دعائم وأسس) ثلاث هي:-

١- حرية الإرادة Freedom of Will :- أي أن الإنسان ليس حسرا

أو منفصلا عن عوامل معينة سواء أكانت هذه العوامل بيولوجية ، أو سيكولوجية ، أو اجتماعية ، لكنه سيظل حرا في اتخاذ مواقف تجاه هذه العوامل أو الظروف.

٢- إرادة المعنى The will to meaning : إن إرادة المعنى تتمثل في محاولة

الإنسان الدائمة للبحث عن المعنى ، والتي تعتبر القوة الأساسية في حياته ، وتشير إرادة المعنى عند فرانكل بأن الإنسان لديه قوة دافعة تجعله يسير في اتجاه معين ، ويتبع طريقة معينة يحقق من خلالها مجموعة من المعاني المعبرة عن مبادئ معينة ، وأنها المحرك

الأساسي الذي يعيد للإنسان لثقته ، واعتبرها رغبة فطرية عند الفرد.

٣- معنى الحياة The meaning of Life : وقد أوضح فرانكل أنه لا يوجد معنى واحد للحياة ، ولكن هناك معانٍ متعددة ، أهمها للمعنى الخاص لوجود الإنسان ، وتكون مهمة الإنسان في الحياة هو أن يدرك المعنى لا أن يعرف معنى الحياة . وقد أشار هافزول ١٩٩٠ (محمد معوض) إلى أن الإنسان يمكن أن يكشف المعنى في حياته من خلال ثلاث طرق : بداء عمل ما ، معيشة قيمة ما ، خبرة قيمة ما .

أما فنون العلاج بالمعنى : (محمد الطيب) فهي:

١- المقصد المتناقض ظاهرياً Paradoxical intention : أن المريض يلقي التشجيع حتى يفعل ، أو يرغب في أن تحدث الأشياء التي يخافها ، ولكي نفهم الفعالية العلاجية لهذه التقنية ، فإننا نلزم أن نتدبر الظاهرة المسماة (قلق للتوقع) (أو القلق التوقعي) anticipatory anxiety ، وهذا معناه أن المريض يستجيب لحدث ما بتوقع كله خوف من تكرار حدوثه ، ومع ذلك ، فإن الخوف يجعل الشيء الذي نخافه على نحو الدقة يحدث ، وكذا الحال بالنسبة لقلق التوقع ، وهكذا تنشأ حلقة مفرغة ، فالعرض يستتبع فوبيا ، والفوبيا تحرك (تستفز) العرض ، وعندما قلن تكرار حدوث العرض يعزز الفوبيا ، وهكذا يجد المريض نفسه في شرنقة حيث ينشأ ميكانيزم تغذية راجعة ، وأشار الطيب بالمكانية تحطيم الحلقة المفرغة إما بالعلاج العقائري أو بالعلاج النفسي أو بمزاج من الاثنين .

٢- الحد من تثبيت التفكير على فكرة أو موضوع ما (مثير القلق) وهذه الفنية جزء من العلاج بالمعنى الوجودى للعصاب الجنسى .

وقد أطلقت عليها زينب العليش اسم تشتت التفكير ، أى أنه عندما لا يجد الإنسان المعنى المحدد فإنه يحصر نفسه فى دائرة متخلقة تجعله لا يرى بكفاءة كيف يمكن أن يحل هذه المشكلة ، فيصاب بسهولة ومن تعلم من مستوى الإدراك فى إيجاد الحل السليم ، فيصاب بالتفكير غير المجمع ، هذا الأمر يجعل لا يستطيع أن يتخذا قرارا لو أن ينتقى الحل الذي يستطيع أن يخلصه من هذا التشتت .

وتمكنت أيضا من تستشف أن العلاج بالمعنى يستند على المفراضات أساسية (استنادا إلى الأسس النظرية لفكر فرونكل) هي :

١- للكائن الإنسان الحر .

٢- المعنى الشخصى الذى يعتمد على المواقف التى يمر بها الإنسان .

٣- الحياة تجعل الإنسان يخاطر لإيجاد معاني لمواقف الحياة .

٤- درجة المعاناة تتضمن قوما وتبعث معاني جديدة .

٥- إيجاد المعنى والهدف فى الحياة لا يفقد منطق السهولة والبسر .

٦- إيجاد المعنى يمثل تبصرا يحدد علاقته بالآخرين .

٧- لا يمكن أن نتصور المعنى هو السعادة .

٨- الإحباط فى إرادة المعنى يؤدي إلى الفراغ الوجودي .

وقد أشار محمد الطيب بأن المعالج بالمعنى الوجودي ليس بمعلم أخلاقي كما أنه ليس بمثقف فعمله يقوم على التحليلات الامبيريقية أى الفينوفسيولوجية ، ويوضح التحليل الفينوفسيولوجي لخبرة عملية التقويم

التي يعيشها رجل الشارع البسيط ، أن المرء يمكن أن يجد معنى في الحياة بخلق أو إتقان أي فعل أو بمعيشة الخير والحق والجمال ، وبمعايشة الطبيعة والثقافة ، وأخيرا علاقة فرد آخر بوجهه.

وكثيرا ما يعد العلاج بالمعنى الوجودي للمصاب الجنسي وخاصة فنية الحد من تثبيت التفكير ، كما أن فنية المقصد المتناقض ظاهريا تهم في العلاج التصير المدي للمرضي المصابين بالوسواس القهري ، والمرضي المصابين بالنوبات.

الدراسات السابقة:-

ولم تنتشر استخدامات هذا النوع من العلاج بالمعنى بالتقدير الذي تنتشر به أنواع العلاج النفسي الأخرى ، وهناك بعض الدراسات التي اهتمت باستخدام هذا النوع من العلاج مع بعض الفئات الكليينكية المختلفة نذكر منها علي سبيل المثال:-

- دراسة إبراهيم محمود عن مدي فعالية العلاج الوجودي في شفاء الفراغ الوجودي واللامبالاة اليأسه لدي الطلاب الفاشلين دراسيا .

- دراسة زينب العليش عن مدي فعالية العلاج بالمعنى كسلوب إرشادي في تخفيف بعض الاضطرابات السلوكية في مرحلة المراهقة.

- دراسة سيد عبد العظيم عن أثر الإرشاد بالمعنى في خفض خواء المعنى لدي عينة من العميان.

- دراسة اسماعيل بدر عن أثر العلاج بالمعنى في خفض مستوى الاغتراب لدي الشباب للجامعي (وهي دراسة تجريبية).

- دراسة سيد عبد العظيم للتعرف علي أثر العلاج بالمعنى الوجودي وفنية التفجير الداخلي في علاج الاكتئاب التفصاعلي لدي طلاب الجامعة.

٨ - العلاج النفسي الجماعي

Group Psychotherapy

يعتبر العلاج النفسي الجماعي مفيداً لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية ، وقد كان أدلر أول تلميذ لفرويد مهتماً بالناحية الاجتماعية ، واتصب اهتمامه على جماعات العمل التطبيقية ، وأدخل صامويل سلافسون عمل الجماعة وتربية الجماعة مع نشاط العلاج الجماعي ، انطلاقاً من رؤيته بأن نشاط العلاج الجماعي هو تخريج للصراعات والحفيزات ونماذج السلوك في مقر الجماعة ، ويكون المعالج متسامح وقابل أن يتفاعل المرضى كل منهم مع الآخر .

وبدا يرداد استخدام العلاج النفسي الجماعي بعد الحرب العالمية الثانية بسبب نقص عدد الأفراد المدربين ، مع زيادة عدد الأفراد المحتاجين للعلاج ، وأدخلت مدارس فرويد وأرلر وسوليفان (المدارس التحليلية) العلاج النفسي الجماعي ضمن جهودها ، وتدرج هذا النوع من العلاج من طريقة الإحياء ، القمع الصريح إلى طريقة التحليل النفسي ، وقد شجع كارل روجرز تلاميذه على استخدام هذا النوع من العلاج رغم عدم ممارسته له ، وأوضح روجرز أن العلاج الجماعي اسم يطلق على ترجمة مبادئ العلاج الفردي إلى إجراءات تناسب الجماعة ، وينسحب ذلك أيضاً على تكنيكات اللعب .

من هنا ينضح أن العلاج النفسي الجماعي هو علاج عمود من المرضى معا في جماعات صغيرة مع استغلال أثر التفاعل الاجتماعي بين المرضى بعضهم وبعض ، وبينهم وبين المعالج مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب ، حيث يجتمع عدد من المرضى يتراوح عددهم ما بين ٥-١٥ مريض مع المعالج ، ويكون العلاج على شكل جماعي

بشرط أن تتشابه مشكلات هؤلاء المرضى واضطراباتهم النفسية ،
ويقدم للمجموعة موضوعات ومواد تعليمية للمناقشة وإبداء للرأي.

ومن نواحي استخدام العلاج النفسي الجماعي :-

١- كثرة عدد المرضى.

٢- قلة عدد المعالجين.

٣- تشابه أعراض المرضى.

وهناك شروط معينة لاستخدامه منها:-

١- أن تشمل الجلسة ٣-١٥ مريض ويفضل أن تكون ٧-١٠ مريض.

٢- تجانس أفراد الجماعة العلاجية في النواحي العقلية والأعراض المرضية.

٣- يعتمد العلاج على طريقة الشرح والمحاضرة والحوار والمناقشة.

٤- لا يتم اختيار جماعة المرضى عشوائيا بل إن ذلك يحتاج لدقة ومهارة وخبرة بالأنماط الشخصية.

٥- أن تتراوح مدة الجلسة ما بين ١,٥ ٢ ساعة.

٦- ضرورة إجراء مقابلة شخصية مع كل مريض على حدة بهدف فحص وتشخيص حالته بصورة جيدة.

٧- ضرورة التأكد من أن المريض مستعد للعلاج ومتقبلا لنظامه.

وهناك عدة تصنيفات للعلاج الجماعي مثل:-

• السيكودراما التي تقوم على تكتيكات خاصة بالتعبير الرمزي عن الصراعات وترتبط باسم مورينو.

• العلاج غير الموجه يكون تدخل المعالج بسيط.

♦ العلاج التحليلي الذي يقوم علي مفاهيم التحليل النفسي.

♦ التطويل القائم علي التعامل وهو اتجاه إيريك بيرون ، وهو نمط ترويي علاجي ينقل إلي الطفل فهم أفعاله وتشجيعه علي تطبيق تلك المعرفة (Irving Karft).

وأهم مجالات استخدامه:-

حالات التطواء ، والخلل ، والخرج في حضور الجنس الآخر ، ومما يعتنون من اتجاهات مريحة نحو الجنسية المثلية ، أو تعلق زائد بالألم أو الأخت ، في مستشفيات الأمراض العقلية ، وداخل العيادات النفسية ، وفي عيادات توجيه الأطفال والمراهقين والراشدين ، وفي علاج حالات الإدمان ، واضطرابات الكلام ، وجناح الأحداث والأمراض العصبية والذهانية ، والكآبة ، والوسواس ، والخوف والشعور بالنقص.

كما يحذر من استخدام العلاج النفسي الجماعي في حالات: الميكوباتية ، والهذاء ، والهوس الشديد ، وحالات الضعف العقلي الشديدة.

ومن فوائد هذا النوع من العلاج:

- ١- أنه يؤدي إلي اقتصاد كبير في الوقت والجهد والتكلفة.
- ٢- يمكن استخدامه في الأدوية الاجتماعية للعلاجية في صورة أنشطة ترفيهية لتحطيم العزلة ، وتشجيع المريض علي الاختلاط بالآخرين.
- ٣- يتيح الفرصة الأكبر عند من ممكن من المحتاجين إلي العلاج.
- ٤- يساعد المريض علي التنفيس عن انفعالاته ، ويقلل من مشاعر القلق والشعور بالآثم لديه.

٥- يقلل من تركيز المريض حول ذاته ويقوى لديه عاطفة اعتبار الذات والثقة بالنفس.

٦- يكفل لدى المريض تصحيح سلوكه ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين.

٧- يدفع المريض نحو البحث عن وسائل أخرى لحصل صراعاته ، ومشكلاته وإشباع حاجاته ، مما يقلل من مخاوفه ، ويفتح الطريق أمامه لنمو أنماط سلوكية سوية جديدة.

٨- يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطراب النفسي أو من مشكلة نفسية ، وهذا يقلل من شعور المريض بالعزلة والألم.

٩- أنه منهج وطريقة لمساعدة الطفل الأسعابي ليتعلم أن الآخرين مثلهم إلا أسعفاء مأمونين (Lippaman)

المشكلات الناتجة عن العلاج النفسي الجماعي:-

لقد أشار مدحت أبو زيد للعديد من المشكلات التي تترتب على استخدامات للعلاج النفسي الجماعي ، ويسبب كثرتها يمكن تعدادها على النحو التالي:-

- خبرة فشل سابقة في العلاج النفسي الجماعي (كتوجيه النقد للمريض أو رؤية غيره بنهار ، أو فشله السابق في العلاج ، أو فشله في التواصل مع أعضاء الجماعة) .

- اتجاهات غير مرضية نمو للعلاج النفسي الجماعي كالاعتقاد في عدم قيمة هذا النوع من العلاج.

- ضعف الاستعداد للقيام بالمهمة العلاجية الجماعية.

- ارتفاع مستوى الانطوائية والانعزالية لدى المريض الذي يفضل تجنب الآخرين ، والعزوف عن للصحة.
- كراهية مفهوم العمل الجماعي بسبب إحساس المريض أن هذا النوع من العلاج ليس له وحده ، بل للآخرين معه وبالتالي سوف تقل استجابته منه.
- توقعات غير مؤكدة تجاه العلاج النفسي الجماعي ، كتوقع النشل في إتمام الشفاء ، أو توقع عدم جدواه ، ولأن العلاج به سحر ، توقع إفشاء السر من الجماعة.
- ضعف الثقة في الجماعة للعلاجية سواء من قبل الفرد تجاه الجماعة أو العكس.
- نقص المهارات الاجتماعية مثل مهارة كسب ثقة الآخرين ، والاجتماع لمناقشتهم وحوارهم ، وكسب موثقتهم ، والتعاطف معهم ، ومهارة ضبط النفس
- عدم الاقتناع بمفهوم العلاج النفسي الجماعي ، وما ينتج عنها من مشاعر نقص الاهتمام بهذا النوع من العلاج واللامبالاة ، ونقص المعلومات الكافية عنه ، وعدم الاقتناع بالجماعة ذاتها ، ورفض الدخول معها.
- الصمت وعدم المشاركة في الحوار مع الجماعة.
- مقاومة العلاج النفسي الجماعي والتي تأخذ شكل شعوري تبدو في شكل تصرفات محيية من المريض ، أو تأخذ شكل لاشعوري لا يدركه المريض ولا يستوعبه ، وتظهر في فترات للمسا و زلات القلم والتصرفات المعوية دون الاعتزاز عنها.

- تغذية مرتدة خاطئة من الآخرين عن العلاج تؤدي إلى رفض المريض للعلاج الجماعي ، وتكون هذه التغذية من الآخرين خاطئة ومالية عن العلاج أنه عديم الجدوى ، أو إقناعه بأنه ليس في حاجة إلى العلاج الجماعي.

انخفاض مستوى الدافعية للعلاج تؤدي إلى رفض المريض وامتناعه وتقاصه عن العلاج

- لعب دور معوق في الجماعة العلاجية ، حيث يكون لعب الدور المنحرف أحد مؤشرات رفض الجماعة العلاجية أو فشلها ، ويكثر هذا الدور عند الشخص العنواني ، وميله لإثارة الشغب بين أفراد الجماعة وإفساد العملية العلاجية ، ومقاومة العلاج.

- ارتفاع مستوى التهيجية والعنف ، حيث تميز المريض بالعصبية وارتفاع مستوى الاستشارة والانفعالية.

- عدم الانصياع لمعايير الجماعة العلاجية ، وعدم الانضمام إليها أو للتفاعل معها.

- ضعف الثقة في المعالج بسبب ضعف الثقة في الذات أو التحول السلبي نحو شخصية المعالج ، وعدم الارتياح لشخص المعالج وضعف الثقة في كتابته ، وتوهم بأنه سينشر السر.

- ضعف الانتماء للجماعة والتي تبدو في المرحاض والصمت وتناهي التعليلات والحملقة في لاشيء ، وضعف القدرة على التوافق الاجتماعي مع أعضاء الجماعة.

- اتجاهات غير سارة تجاه المؤسسة العلاجية كالإحساس بالصيق من المكان ، أو أنه تعيق للحرية أو بعدم الجدوى من التواجد.

- اتجاهات غير مرضية نحو العلاج النفسي ككل كالتشكل في مفهومه ، وجدواه وفائدته.
- اتجاهات سلبية نحو لوائح العلاجية (القسام - عناصر - أجنحة - وحدات) كالحصول بسوء للمعاملة ، أو نقص وسائل الترفيه أو عدم الارتياح للجماعة المنضم إليها.
- الاعتقاد بأن جماعة علاجية واحدة تكفي وهذا من قبيل المقاومة للعلاج.
- الخوف من مواجهة الغرباء في الجماعة العلاجية ، خوفا من النقد أو سوء الفهم أو نقشي السر.
- الخوف من الشعور بالنبذ لدخل الجماعة.
- الخوف من مسخرية الجماعة.
- الاعتقاد بأن كل أساليب العلاج النفسي الجماعي واحدة.
- عدم الشعور بالارتياح من حجرة العلاج.
- الخوف من سلوكيات الجماعة بعد الجلسة العلاجية كالمسخرية أو العدوان أو التحرش بالمريض أو عقابه.
- الاعتقاد بتمام الشفاء وعدم الحاجة إلى العلاج.
- طول مدة الجلسة العلاجية.
- ضعف الربط بين المعالج والجماعة.
- عدم مناسبة مواعيد الجلسة الجماعية.

الفصل الخامس **الطرق المساعدة في العلاج النفسي**

- ١ - العلاج الاجتماعي (البيني)
- ٢ - العلاج الأسري (البيني)
- ٣ - العلاج باللعب
- ٤ - العلاج بالعمل
- ٥ - العلاج بالفن
- ٦ - العلاج عن طريق العون .

١- العلاج الاجتماعي (البيئي) Sociotherapy

يطلق علي هذا النوع من العلاج اسم العلاج البيئي ، ويهدف إلي مساعدة الأفراد الذين يعانون مشاكل متعلقة بأناتهم الاجتماعي ، وعلى استعادة أو تدعيم مقدرتهم علي القيام بوظائفهم الاجتماعية .

تعريفه: وهو عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلها أو تغييرها أو نقل المريض مؤقتا أو بصفة دائمة من البيئة الاجتماعية التي أنت إلي الاضطراب النفسي إلي بيئة اجتماعية أخرى ، بما يتيح التوافق النفسي السوي للمشود ، أي أنه إحاطة الفرد المريض علي تحسين وظروفه في المجتمع .

أهدافه: -استعادة نشاط الفرد الاجتماعي بشكل سوي ومترن.

- تكوين شخصية ناضجة قادرة علي إزالة العقبات التي تعترض توافقها الاجتماعي .

أساليبه:

أ- علاج بيئي: حيث يعاني المريض من صعوبة التعامل مع البيئة سواء المادية أو البشرية مما يحقق تفاعلا غير سويا معها ، سواء في بيئة الأسرة أو المدرسة أو الرفاق ، وهذا يتطلب تغيير اتجاهات المحيطين بالمريض ، بجانب تغيير اتجاهات المريض تجاه المحيطين به . وهذا يتطلب إجراء جلسات علاجية لكل من المريض والمحيطين به ، والنتائج عنهم حدوث الاضطراب لديه (الأسرة ، المعلم ، الزميل ، الجيران . الخ) .

ب- علاج شخصي : للذي يركز علي المريض نفسه بمحاولة تحقيق توازن وتوافق من جوانب شخصيته (عقلية - انفعالية

جسمية) ، وتبصير المريض بأوجه النقص بداخله ومحاولة التغلب عليها بما يساعد علي تنمية قدرته علي تحقيق التوافق بين مطالبه الشخصية وبين مطالب المجتمع .

وعن دور الأخصائي النفسي (المعالج النفسي) في التشخيص في العلاج الاجتماعي فقد أوجرها فيصل خير الزراري في النواحي التالية:

أ- طالقات الهمم المرددة إلي الاضطراب الاجتماعي في موقف المريض ، ويتطلب ذلك معرفة : المشكلة الأساسية وأعراضها وأسبابها وآثارها ، للنواحي غير السوية في شخصية المريض ، نقاط الضعف عنده ، الحاجات اللازمة ، والنقص الكامن في إشباعها ، الاضطرابات في السلوك الاجتماعي داخل الأسرة وخارجها .

ب- طبيعة التغيير المراد إحداثه في شخصية المريض وفي موقفه ، وذلك من خلال معرفة : الغرض من العلاج الاجتماعي ، الأهداف المطلوب تحقيقها وتغييرها أثناء العلاج ، تحديد مراحل تطور الخطة العلاجية ، تحديد النواحي المطلوب علاجها ، تحديد أفضل الطرق لإحداث هذا التغيير .

ج- طالقات البناء والتكامل الاجتماعي ومصادرها ، من خلال معرفة : قوِي المريض الشخصية ، القوي الموجودة في أسرته ، القوي الموجودة في بيئته الخارجية .

هذا ويعد هذا النوع من العلاج مع المراهقين والأطفال وخاصة ممن يعانون من مشكلات كلامية مختلفة ، ومن يتعرضون لمشكلات

اجتماعية يصعب حلها نتيجة عن أسباب اجتماعية (كالبطالة ، أو الفقر المادي ، والمشكلات الزوجية ، والطلاق . وغيرها) .

٢- العلاج الأسري البيئي

Family Ecolog therapy

هو منهج علاجي مصمم لوضع للتدخلات المهنية الصحيحة المطلوبة لمساعدة العميل علي التعامل مع الأزمة ، وهو منهج يتعامل مع الضغوط التي تجتمعت لتؤثر علي سوء التنظيم داخل ظروف نظام الأسرة ، والتي تظهر كأزمة في جزء واحد من النظام الأسري ، ويتطلب هذا المنهج للعلاجي تحديد الأدوات والوسائل العلاجية المستخدمة لوضعها موضع تأثير للتدخلات المخططة داخل معالم الاتصال الواقعية مع العميل ، داخل جلسات العلاج الأسري.

هذا والعلاج الأسري أهداف متعددة منها :-

- مساعدة الأسرة علي كشف ومعرفة نقاط الضعف التي تؤثر في علاقات وتفاعلات الأسرة.
- تحقيق التوازن للكيان الأسري ومساعدتها لبلوغ أقصى ما يمكنها من أجل إشباع الحاجات الأسرية وحاجات أفرادها وتقوية بنائها ككل اجتماعيا ونفسيا واقتصاديا .
- تقوية وتدعيم القيم الاجتماعية للأسرة وتدعيم قواعدها ، ومساعدتها علي ترك الجوانب والقيم السلبية التي تؤثر في بنائها السليم .
- مساعدة الأسرة علي رفع مستوى أدائها الوظيفي الاجتماعي ومساعدتها لزيادة تماسكها .
- مساعدة أفراد الأسرة الذين لديهم مشاكل قد تحتاج إلي العمل معهم كأفراد لحل مشاكلهم .

ومن خلال ورشة عمل مقترحة في العلاج الأسري التي أجريت ضمن الندوة السنوية الثالثة للخدمة الاجتماعي في المجال الأسري " مستقبل آمن" والمنعقدة بمستشفى النساء والولادة بجدة اشترك في تنفيذها مؤلفة الكتاب الحالي ، فقد تم التوصل إلى أساليب للعلاج الأسري تتمثل في :-

١- أساليب رئيسية للعلاج الأسري :- أ- الجلسات الأسرية :

وهي نوعية متميزة من المقابلات - وهي أداة أساسية في إحداث التغيير في الأسرة وأعضائها - فمن خلالها يعاد تصحيح للمشاعر الخاطئة ، ويعاد تشكيل الاتجاهات غير المرغوب فيها- ويستخدم المعالج الأسري خلال الجلسات الأسرية أساليب متنوعة التأثير على الأداء النفسي والاجتماعي للأسرة ، وتعتبر علاقة أعضاء الأسرة بالمعالج مؤشراً واضحاً ومدى هذا التأثير (جوهري ، ١٩٩١ م بالدير ، ١٩٨٠ م) .

ب- المقابلة المشتركة مع الزوجين :

تكون المقابلة المشتركة ضرورية في حالتين هما:

- ١- عندما تكون هناك مشكلة ما تتعلق بالاهتمامات المشتركة .
- ٢- عندما تكون المشكلة خاصة بموضوع الزواج ذاته من حيث دعائم استمراريته أو مواقف نجاحه .

فالمقابلة المشتركة في واقع الأمر مفيدة في معالجة مشكلة الزوجين لأنها تقرب عملية التفاهم بين الطرفين ، وتقوي نمق الأسرة وتعيد إليه التوازن والاستقرار .

وهي تحتاج إلى مهارة كبيرة من المعالج حيث يجب أن تتوافر فيه سمات خاصة ، فوجب أو يتسم باللباقة بوقفة الملاحظة وعدم التهيب من مواجهة الانفعالات المتصارعة ، بالإضافة إلى توفر مهارتي قيادة التفاعل وتوجيه المناقشة (جوهر ، ١٩٩١ ، - عوض ١٩٨٥).

٢- أساليب أخرى للعلاج الأسري:

أ- أساليب التدعيم :

وتشمل : التعاطف - التدعيم - التشجيع - الواقعية (جوهر ، ١٩٩١ م).

ب- أساليب الاتصال المتعددة :

فتح قنوات اتصال ، خلق قنوات اتصال ، تخفيف الضغط من علي بعض قنوات الاتصال ، زيادة تحميل بعض قنوات الاتصال ، تجنب الأحداث العارضة ، التركيز علي مضمون الرسالة ، اختيار الوقت المناسب للرسالة ، استقبال رد الفعل أو رجوع الرسالة (علي ، ١٩٩١ م).

ج - أساليب التأثير المباشر:

وتشمل : الإحياء - النصيح - السلطة.

د- أساليب الإفراغ الوجداني:

وتشمل : الاستماع - تقدير المشاعر - حرية التعبير - التقبل (جوهر ، ١٩٩١ م - سعدن ، ١٩٨٠ م).

هـ - أساليب التفاعل الوجداني :

خاصة : العلاقات بين الزوجين - تحسين العلاقات بين الأبناء - مستوى وشكل التفاعل بين الأبناء والآباء ، التفاعل بين الوحدة الكلية

للتسوق السري ، التحالفات المرضية - كشف القداء - وهو أن تلقى الأسرة بهومها ومشكلاتها على شخص بها (عوض ، ١٩٩١ م ، جوهر ، ١٩٩١ م) .

و- أساليب المنفعة المنطقية :

وتشمل : الإيجابية - طرح أفكار جديدة التوضيح تصحيح المشاعر - التفسير - ربط الحاضر بالماضي (جوهر ، ١٩٩١ م ، عوض ، ١٩٨٥ م) .

ي- أساليب التوازن الأسري :

خاصة : تحديد الهدف - حصر الإمكانيات - تحديد الاحتياجات - تصميم خطة التحرك - إنشاء التحالفات - تفسير المثلثات المرضية غير السوية - تلويذ المهام - تحقيق الهدف - تقييم الأدوار (عوض ، ١٩٨٥ م) .

٣-العلاج باللعب

Play Therapy

لوسيت كل أساليب العلاج النفسي قائمة علي الكلمات وحدها ، فهناك اعتماد كبير علي استجابات الأطفال التلقائية وتعبرهم عن الذات من خلال اللعب ، حيث يرى بعض علماء النفس أن اللعب أحد الميول الفطرية العامة التي تنطلق فيه المشاعر النفسية والطاقة الغريزية فيما يقوم به من نشاط حر ، وأنه وسيلة مفيدة في دراسة وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية خصوصا لدي الأطفال ، كما يفود في علاج الأطفال المضطربين نفسيا .

ويحظى للعب الآن باهتمام بالغ من جانب السيكلوجيين التربويين من زاوية تأثير السلوك علي النمو النفسي المعرفي للأطفال .

وتشير وجهة النظر العلاجية إلى أن اللعب يعبر وسيلة للتغلب على المخاوف والقلق والتوتر ، كما أنه نوعاً من الاستعداد يساعد الفرد على التحكم في البيئة ، وإن لعب الطفل مع أطفال آخرين يعطي الطفل الثقة بنفسه، مما يجعله أقل عدوانية تجاه الآخرين ، وأقل اعتماداً على البالغين ، كما يعطي اللعب للطفل الشعور بالبهجة والسرور من خلال مشاركته الاجتماعية مع الآخرين . (سوزان ايزاكسي) .

ويقصد باللعب أي سلوك يقوم به الطفل بدون غاية مسبقة ، وهو أسلوب يعبر به الطفل عن نفسه ، ويفهم به العالم من حوله ، ويختلف باختلاف مراحل الطفولة .

فوائد اللعب للطفولة:

- يكشف اللعب بالدمى عن أخيل الطفل ، ويؤدي إلى الاستبصار بميكانيزماته العقلية ، ويعطي مفتحاً للشعور حيث يعبر عن المشاعر المضطربة عند الطفل .

- اللعب كميكانيزم إسقاطي يظهر علاقات الطفل ، مشكلاته ، ويطبق الضوء على العلاقات الأسرية .

- يفيد تكتيك اللعب في الكشف عن الجوانب الخفية من الشخصية ، والجوانب الانفعالية والوجدانية لديه .

- تشير ميلاني كلاين إلى أن اللعب وسيلة يعبر فيها الطفل عن نفسه ويساعد على تحليلها وتفسيرها .

- يمكن الاستفادة من مواقف اللعب في تحقيق تكيف الطفل وفي حل مشكلاته .

- أنه وسيلة طبيعية للتعبير عن الذات .

- يعتبر اللعب نشاط دفاعي تعويضي (التعويض عن أم لا تهتم بطفلها بتفضيل الطفل للعب خارج المنزل) .

- اللعب الإيهامي الخيالي المفرط دليل على القشل في التوافق مع الحياة الواقعية .

- اللعب الخيالي للمعتدل يفيد في ملاحظة سلوكه الطفل أثناء لعبه ، ويفيد في النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي والوجداني ، وفي التشخيص ومعرفة المشكلات والصراعات والرغبات والحاجات والمخاوف .

- يفيد في إشباع حاجات الطفل إلى التملك وإلى اللعب .

- يمثل اللعب استكمالاً لبعض أوجه النشاط الضرورية في حياة الطفل .

وقد ظهر للعب العديد من النظريات في علم النفس مثل نظرية المطابقة للزائدة ، التي تشير إلى أن اللعب عبارة عن تنقيص غير هادف للطاقة الزائدة عند الطفل .

وقد تخصص دخل العيادات النفسية حجرات خاصة للعب تضم لعباً مختلفة الأشكال والأحجام ، وعلى المعالج النفسي (والمرشد النفسي) أن يستخدم كل الممارسات الموجودة في الأشكال الأخرى من العلاج (أو الإرشاد) .

وهناك أشكال متعددة من هذا اللعب العلاجي منها علاج للراحة حيث يعبر الطفل عن قلقه وتوتره خلال استخدام مواد اللعب كالمكعبات وأدوات الرسم بالأصابع وصناديق الرمل ، وهو يهدف إلى تحرير الفرد من التوتر ، كما أن هناك علاج التحرير الذي يؤكد على أهمية توفير فرص التعبير عن الانفعالات الحبيمية ، ولا سيما

النزعات العدوانية ، فهي حجرة اللعب يسمح للطفل أن يقذف بالصلصال ، وأن يعيث بالوان للرسم أو يخلطها ، وأن يكسر الدمى ، وبذلك يستخرج مشاعره المعقدة خارج نظامه النفسي ، ويؤدي ذلك إلى نتائج مفيدة (العيسوي).

ويفضل أن يختار للمعالج ما يناسب عمر الطفل ومشاكله من ألعاب ، وأن يركز على ملاحظاته للعب الطفل ، وعلى أهمية التعبير الرمزي في لعب الطفل ، وقد يستخدم أثناء ذلك بعض الاختبارات الإسقاطية ، ويفضل أن يترك للطفل الحرية في اختيار نوع اللعب حسب رغبته دون تهديد أو خوف ، وقد يشاركه المعالج في اختيار اللعبة ، ويفضل أن يشترك الوالدان مع المعالج في علاج طفلهما .

و أوضح خير الزرّاد أن علي المعالج ألا يناقش الطفل في لعبه ، ولا يقدم له تفسيرات ، والطفل يتمتع شعوره بالأمان والطمانينة في قدرته للتعبير عن مشاعره وأفكاره التي كان يخشى أن يعبر عنها في حضور شخص كميّز يخاف منه. كما أشار إلى أنه بإمكان المعالج التعرف على بيئة الطفل الأسرية والنفسية والفكرية ، ويتوقف ذلك على نوع اللعبة والأداة المستخدمة في اللعب وقد صنفها إلى مايلي:

- يلعب الطفل بالزمل أو بالصلصال ليشكل منها أشكالاً مهمة ومثيرة .
- يلعب الطفل بالمبارات والمحرركات التي ترمز إلى القوة .
- يلعب الطفل بالبنادق والمسدسات والسيوف لترمز للعدوانية .
- وهناك اللعب التي ترمز إلى التواحي الإخراجية كالحمامات والأحواض.

وعن فوائد العلاج باللعب : فقد أوجزها زهران عيسى لنحسو

القاتلي:

-فرصة التعبير عن الدوافع والرغبات والاتجاهات والمشاعر والصراعات ، والاحباطات وعدم الأمن والقلق والتنفيس الانفعالي وإزالة المشاعر مثل الغضب والعدوان إلى أشياء أخرى بديلة ، مما يخفف التوتر الانفعالي لدى الطفل.

-يتعلم الطفل كيف يعبر عن خوفه وغضبه بصورة واقعية.

-يساعد الطفل على الاستبصار عن مناعبه ومعرفة أسبابها ، كما يعينه على إيجاد حلول لها مع والديه وأخواته .

-يتيح فرص التعلم والنمو للطفل.

-تحقيق بعض الإمكانيات التي لا يستطيع القيام بها في الحياة الواقعية .

-يفيد في الأغراض الوقائية.

٤-العلاج بالمثل

Occupational Therapy

يعتمد هذا النوع من العلاج على توجيه طاقة المريض إلى النواحي العملية حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته الداخلية ، وبحيث يشعر عندما يقوم بدور لنتاجي بأهميته في الحياة ، ويجب أن يتناسب العمل الذي يتم اختياره مع نوع مرضه وحدته ، وأهم ما يحققه العلاج بالعمل عند المريض النفسي اجتباب السأم والعمل وتقليل التوتر النفسي ، وعدم الانشغال بحيلته العقلية الداخلية ، ويجعل المريض أقل احتياجاً للمهذبات ، ويعمل على تنشيط المريض وبعده عن الكسل ويرفع عن روحه المعنوية ، ويهيئ له حياة اجتماعية

متفاعلة ، ويحسن من حالته . وقد يفيد هذا العمل مستقبلا حيث يؤجل المريض لحرفة جديدة قد تساعد بعد خروجه من المستشفى ، وبعد شفائه ، على الاستقرار والإنتاج ، أي أنه وسيلة للتعبير والتنفوس ، ويهدف لشغل وقت المريض والمساعدة في صلاوة التشخيص والعلاج والتأهيل وليس الغرض المادي .

ومن أهم شروط العلاج بالعمل :

- أن يبدأ بالسهل مما يؤثر الحماس والاستمرار في العمل .
 - التدرج في الصعوبة حسب استجابة المريض للعمل وتقبله له .
 - أن يتحدد نوع العمل الملائم للمريض بمساعدة الأخصائي النفسي وأخصائي العلاج بالعمل ، حتى يتم اختيار نوع العمل وكمه ومدته بما يتناسب وقدرات المريض واستعداداته الداخلية وميوله وعمره الزمني ونوع مرضه .
 - يستمر مزاوله العمل حتى بعد خروجه من المستشفى (طوال فترة النقاهة) حتى يمنع حدوث الانتكاس .
 - هناك علاقة إيجابية بين درجة التحسن من المرض وبين مستوي الأداء في العمل والارتياح له ، حيث يدعم الثقة بالنفس لدى المريض ويساعده في أن يشعر أنه عضو فعال في المجتمع .
- هذا ويعادل هذا النوع من العلاج عند الكبار للعلاج باللعب عند الأطفال.

٥- العلاج بالفن

لقد أصبح الفن أحد وسائل العلاج النفسي والتشخيصي ، فالفن يعكس الانفعالات ويمتص شحناتها ، ومزاولته بجانب أنها تساعد في التشخيص فإنها أيضا تساعد علي تجديد العلاج كمعاونة لفريق المعالجين من أطباء واحصائيين في تحليل انفعالي والاجتماعي.

والرسم او التعبير الفني يمر في خمس الاحبار بالنسبة للمريض الصفحة التي تمكنه أن يعكس عليها ألوان صراعاته ومكوناته ، وما حقق في تحقيقه وتلك الألام التي يعاينها نتيجة ضغط المجتمع عليه وإغفاله وعدم الاعتراف بحاجاته ، فكأن الرسم أو التعبير الفني بوجه عام يعطي المجال للشخص كي ينفس بما يعاينه لا شعوريا ، عندما يعاني من عدم قدرته علي مواجهة نفسه ، وكذلك المجتمع الذي يعيش فيه ، فهو يعطي الفرصة بطريقة لا شعورية للتفكير عن القوة المكبوتة التي لم تحقق حاجاته (محمود البسيوني) .

ويتيح الفن من الوجه العلاجية التعبير عن الذات وإسقاط صورة الذات وعالم الفرد ، فالن لغة في حد ذاته يتيح الفرصة للتعبير المرح والجاد في نفس الوقت ، حيث يتم من خلاله تشكيل إنتاج جميل وغريب وسار وكنيب معبر طول الوقت .

وتتمثل أطراف العلاج بالفن في كل من المعالج والمريض ، ولابد للمعالج بالن أن يتميز بالاهتمام بالمريض وحبه له ، وعليه مشاركته تمرير عبء ، وأن يميز بين ما هو مستحسن وما هو يهين كثير من نظرية في العلاج النفسي ، ولا يتممك بنظرية محددة ، كما أنه من الضروري أن يتميز المعالج بالحيادية ، وأن ينظر للمريض نظرة موضوعية .

ويبدو دور الفن كوسيلة علاجية في قدرته علي تحرير النفس الداخلية من العوائق وتحطيم الأقنعة وتجنب الدفاع الذاتي ، كما أنه يقلل من التوترات بإيجاد جو من الاسترخاء ولكساب للفرد قوة تعويضية لإشباع الذات . ويتجه هذا العلاج إلي تأكيد الذات وتقبلها وإكسابها القدرة علي الاتصال بالآخرين بنوع من الثبات ، أي أن للفن الدور التنفيسي الهام للعديد من الانفعالات والهواجس المشحونة التي يعانيها المريض في حياته بسبب المكوثات والضغط الاجتماعي التي لم تسمح له بالتفاعل الحي لإظهار خباياها.

وأخيرا يستفاد من الإنتاج الفني في عملية التشخيص النفسي ويلاحظ أنه علي الرغم من أن خصائص الرسم والبحث يمكن أن تمدنا بمعلومات عن الحالة المرضية ، فإن المرضى ذوي التشخيص الواحد قد يختلفون في خصائص رسومهم مثل اللون والشكل والتركيز والحركة وغير ذلك (أجال سري ، عبد الرحمن العيسوي ، عبد الستار إبراهيم ، محمود البسيوني) .

٦-العلاج عن طريق الفن

Supportive Therapy

إن هذا النوع من العلاج لا يستخدم بمفرده لعلاج حالات مرضية لكنه يستخدم مع أساليب أخرى للعلاج النفسي ، ويكثر استخدامه مع الأفراد الذين يعانون من نقص في الإمدادات ولتدعيم ، وهو ما يطلق عليه حاليا المساندة للفرد ، وهو وسيلة علاجية إضافية من أجل إعادة التوازن الانفعالي للفرد ، ومحاولة خفض أعراضه المرضية في وقت أقل ، ولكنه لا يتدخل في إعادة بناء الشخصية ، ويمارسه كل من المدرس والأخصائي النفسي والاجتماعي ، والوالد ، والصديق .

وقد أوضح مصطفى فهمي أن هذا النوع من العلاج يتضمن عدة طرق أهمها:-

- التوجيه Guidance .
- تناول البيئة بالتغيير .
- الإيحاء بأهمية الشخص Prestige Suggestion .
- الإقناع Persuasion .
- الاسترخاء العضلي .

الفصل السادس
التطبيقات الإكلينيكية
لأساليب العلاج النفسي على فئات إكلينيكية مختلفة

أولاً: دراسات عربية .

ثانياً: دراسات أجنبية.

أولاً: الدراسات العربية :

- دراسة زينب شقير : عن فعالية برنامج علاج معرفي سلوكي متعدد المحاور في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط (واشتملت العينة على ٦ حالات ضابطة ، ٦ حالات تجريبية) وقد اشتمل البرنامج المقترح على العديد من الفنيات هي : النمذجة ، المناقشة ، وتبادل الحوار ، التمثيل (لعب أدوار) ، الاسترخاء العضلي ، التعزيز (التدعيم) ، الولوجيات المنزلية ، واستغرق تطبيق البرنامج ١٢ جلسة في حضور الأم والمعلمة مع المتابعة من قبلهما في الفترة بين الجلستين ، وأسفرت النتائج بأن التدخل السيكولوجي وإجراء جلسات العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور كان له تأثيراً دالاً على تحسن العينة في كل من اضطراب الانتباه ، فرط النشاط ، العدوان ، الانفاذية .

- دراسة زينب شقير: عن مدى فعالية بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض حالات الشره العصبي من طالبات الجامعة ، واشتملت العينة على ١٠ حالات ضابطة و ١٠ حالات تجريبية ، واستخدام في البرنامج الفنيات التالية : الاسترخاء العضلي ، سجل بكه اليومي لتسجيل الأفكار الخاطئة ومناقشتها ، اختبار الواقع بجانب الفنيات المعرفية التالية : علاج بديلي ، جدول الأنشطة السارة ، إعادة العزو ، تدريب معرفي ، لعب الأنوار ، اختبار الواقع ، الولوج المنزلي ، وقد كان للتدخل وإجراء جلسات العلاج المعرفي السلوكي مع المجموعة التجريبية التأثير الدال على التحسن للعديد من المتغيرات : الشره ، الوزن ، صبور الجسم ، الاكتئاب ، القلق ، حيث حققت النسب المئوية للتحسن معدلات

مرتفعة بتأثير العلاج المعرفي السلوكي مع المجموعة التجريبية .

- دراسة زليب شقير: عن فاعلية الإرشاد النفسي على سلوك الخجولات من طالبات الجامعة بالمملكة العربية السعودية ، وقد ثبتت كفاءة البرنامج في خفض معدل كل من الحجل والشعور بالوحدة النفسية ، والعصبية ، وارتفاع درجة كل من الإنسيابية ، وتقدير الذات ، والاجتماعية لدى عينة البحث .

- دراسة محمد سعد حسين : عن العوامل المرتبطة بالعنوان وأثر النشاط الرياضي التنافسي في تعديلها ، وأجريت الدراسة على عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية طبق عليهم : مقياس MMPI ، ومقياس العدوان ، واختبار القدرة العقلية ، وأسفرت نتائج الدراسة عن تأثير البرنامج في خفض العدول لدى العينة التجريبية.

- دراسة إيمان أبويرة : عن أثر استخدام برنامج تكاملي للتدريب على بعض فنيات التحكم الذاتي في تعديل سلوك فرط النشاط عند الأطفال وقد تمثل البرنامج التكاملي في تدريبات التحكم الذاتي متمثلة في تدريبات المعاند البيولوجي لنشاط العضلات ، وتدريبات الاسترخاء ، في إطار نموذج تكاملي للتدريب يشمل الأباء (الأمهات) والمعلمين والطفل ذاته . وطبق البرنامج على ١٤ تلميذة بالمرحلة الابتدائية ، وقد أسفرت نتائج الدراسة في مجملها على فعالية البرنامج التكاملي في تعديل سلوك فرط النشاط التي تعكس توافقهم الكلي ، ووجهه الصبغ عندهم مع انخفاض مستوي التوتر العضلي لديهم .

- دراسة إيمان أبورية : عن فعالية التدريب على استخدام العائد البيولوجي لنشاط العضلات الكهربى والاسترخاء في خفض قلق الامتحان على عينة من طالبات الجامعة ، وقد أثبتت النتائج فعالية التدريبات المختلفة في اختزال قلق الامتحان وتزويد المؤشرات الفسيولوجية المصاحبة له.

- دراسة سيد احمد البهاص : عن فعالية أسلوبى السيكدراما والقراءة المترجمة في علاج التلعثم ، وتم تطبيق النوعين من العلاج على عينة من الأطفال المتلعثمين من معهد السمع والكلام بإمبابية ، وقد أكدت النتائج على كفاءة البرنامجين العلاجين في خفض شدة التلعثم عند أفراد عينة البحث .

- دراسة محمد كامل : للتعرف على أهمية إعادة التعلم عن طريق برنامج مقترح في التأثير على بعض الاستجابات الاكتئابية لدى طلاب الجامعة ، وقد نجح البرنامج في رفع درجة التحكم الذاتى بمكوناته المختلفة لدى ذوي الاكتئاب التفاعلي ، وأن ذلك يؤدي إلى إزالة الأعراض النفسية للاكتئاب التفاعلي من جانب ، وإلى تحسين قيم المؤشرات الفسيولوجية التي تعكس استجابة الجهاز العصبي لدى هؤلاء الأفراد من جانب آخر.

- دراسة احمد متولى : حيث كان أهدافها تطبيق أسلوبين حديثين من أساليب العلاج النفسى وهما : التدريب على المهارات الاجتماعية ، والعلاج المعرفى السلوكي ، لتخفيف القويا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة ، وقد أشارت للنتائج إلى فاعلية واستمرارية الفاعلية لكلا البرنامجين منفردين أو مجتمعين في تخفيف القويا الاجتماعية ، كما أثر في تحسين الجوانب المعرفية والسلوكية والفسيولوجية الأخرى.

- دراسة زكية درجات : للتعرف علي التغيرات التي تطرأ على الأطفال ذوي المشكلات الانفعالية من خلال فترة العلاج النفسي الموجه عن طريق اللعب - حيث أجريت للدراسة علي ١٥ طفلاً (من ٦ - ١٢ عاماً) ، وأسفرت النتائج عن حدوث تحول اتجاه الطفل المشكل أثناء العلاج من الاتجاه السلبي إلي الاتجاه الإيجابي ، ومن عدم تقبل الطفل لنفسه إلي تقبله لها ، وكذلك التحول الإيجابي نحو الآخرين ، وتحول سلوكه من الكراهية للمحيطين به إلي سلوك الحب ، ومن سلوك العدوان نحو الآخرين ونحو الأشياء إلي السلوك الخالي من العدوان ، كما تحول سلوك الطفل نحو الباحثة من المقاومة والتباعد والشك والعدوان ، إلي التقبل والتقارب والثقة والحب .

- دراسة فريدة السملحي : للتعرف علي أثر كل من العلاج الجماعي عن طريق اللعب ، وبرنامج التدعيم العلاجي علي سلوك وديناميات الأطفال الاكتئابيين . وكلفت الدراسة ذات شقين ، شق تجريبي ، وشق كلينيكي ، وركزت الدراسة علي التشخيص الكلينيكي والسيكومتري للاكتئاب ، وأسفرت النتائج عن نجاح البرنامجين العلاجين في تحسن حالات الاكتئاب لدي الأطفال ، والذي ظهر في حدوث استجابات دالة علي التحسن علي اختبار التاب بعد تطبيق البرنامجين ، كما أن التطبيق البعدي الثاني أثناء المتابعة قد أثبت استمرار حالة التحسن .

- دراسة وفاء عبد الجواد وعزة عبد الجواد : للتعرف علي فعالية برنامج لحفض السلوك العدواني باستخدام الصب لدي الأطفال المعاقين سمعياً من ٩-١١ سنة ، وطبق علي العينة التجريبية

برنامج إرشادي (طبق في ٢٠ جلسة) تضمن الأنشطة الفنية (التشكيل بالصلصال ، والتركيب والحل ، وأنشطة الرسم) ، والدراما الصامتة (البنتوميم) ، والألعاب الحركية والتنافسية ، وقد أسفرت النتائج عن نجاح البرنامج في خفض العدوان ، وبإثبات أن اللعب يمكن أن يوفر المناخ النفسي الملائم لنمو مهارات الاتصال والتعبير عن الأفكار والمشاعر لدى الأطفال الصمم ، إذا اختيرت أنشطة اللعب الملائمة لعائلتهم ، والتي توفر لهم فرصا بديلة للتعبير عن النفس ، وتنمية مهاراتهم الاجتماعية ، مما يقلل من الإحباط ومن حدة نوبات الغضب لديهم .

- دراسة خالد الفخراي : للتعرف على مدى فاعلية لعلاج العقلاني الانفعالي في مواجهته بعض الاضطرابات النفسية لدى المتطرفين ، وهي دراسة لحالة واحدة ، وقد أمكن تحويل التطرف الناتج عن جمل وأفكار خاطئة متمثلة في شخصية مصطربة ، باستخدام هذا النوع من العلاج الذي أدى إلى تبصير الحالة بحالته وتفسير أنماط تفكيره ، وملاحظة ذاته وتعديلها بطريقة منطقية .

- دراسة ابراهيم الشافعي : للتعرف أثر برنامجين مقترحين على الاتجاهات التعصبية ، هي دراسة تشخيصية عاملية إرشادية ، وكان العلاج العقلاني الانفعالي أحد هذين البرنامجين طبق فيه نموذج وفضيات أليس ، وقد نجح البرنامج في رفع مستوى التفكير العقلاني لدى الحالات إلى أقصى درجة ممكنة ، والتخلص من أو خفض التفكير اللاعقلاني إلى أدنى درجة ممكنة .

-دراسة محمد الشبيخ : للتعرف على أثر استخدام كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان لدي طلاب الجامعة وقد أشارت النتائج إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض قلق الامتحان ، وكذلك فعالية التحصين المنهجي.

-دراسة عبد اللطيف عمارة : للتعرف على فاعلية استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل وتصحيح الأفكار الخرافية لدي طلاب وطالبات الجامعة ، وتعديل سلوكياتهم في حياتهم اليومية تجاه هذه الخرافات ، وقد أدى تطبيق البرنامج على عينة الدراسة إلى تصحيح المعتقدات الخرافية ، وتغيير الاتجاه نحو المعتقدات الخرافية ، وتنمية الاتجاه العلمي بل والسلوك العلمي لحل المشكلة ، وتعديل السلوك الخرافي في حل المشكلة.

-دراسة فاطمة حنفي : عن إعداد برنامج للعب الجماعي لخفض السلوك العدواني لدي أطفال ما قبل المدرسة ، وقد تضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة المختلفة ، وأسفرت النتائج عن انخفاض السلوك العدواني لدي الأطفال بعد تطبيق البرنامج عليهم.

ثالثاً: الدراسات الأجنبية:-

-دراسة كلينوكية قام بها جوردي وأخر: لدراسة الجسم وسلوك فرط النشاط لدى حالات ADHD ، وتم إجراء جلسات علاج نفسي مرة اسبوعياً لمدة عام ، وبعد عام ونصف تم تقييم سلوكهم ، فأظهرت النتائج تحسن في الأداء المدرسي لهؤلاء الأطفال ، كما انخفض سلوك فرط النشاط لديهم ، وأصبح هناك تنظيم سيكودينامي داخلي لديهم .

دراسة هورن وآخرون : لاستخدام برنامجي التدريب علي ضبط الذات والتدريب السلوكي في خفض كل من سلوك فرط النشاط وقصور الانتباه لدي حالات الأطفال ADHD ، وتلقت مجموعة برنامج الضبط الذاتي ، والأخرى تلقت البرنامج السلوكي عن طريق الوالدين والثالثة تلقت البرنامجين معاً ، وأسفرت النتائج عن تحسن المجموعات الثلاث ، إلا أن المجموعة الثالثة أظهرت تحسناً أفضل بسبب تعرضهم للبرنامجين معاً.

دراسة هنا وآخر: عن تطبيق أنواع مختلفة للعلاج النفسي تحتوي علي علاج فرد وآخر جمعي وهي: نموذج للقلق ، وعلاج نفسي سلوكي معرفي ، علاج نفسي لكلا الجنسين علي عينة من ذوي اضطرابات الأكل (ذوي الشره العصبي)، وقد أثبتت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تكوين فكرة مقبولة عن سلوكيات الطعام لدي المرضى .

دراسة اتكينسون وزميله: عن استخدام برنامجين لتعديل السلوك لمرتبط بتناول الطعام من أجل علاج السمنة المفرطة ، أحدهما ارتبط بإتباع أسلوب الرجيم ، والأخر برنامج يعتمد علي فنية الواجب المنزلي وتمارين رياضية لاستهلاك الطاقة ، وتدريلت خاصة بتأكيد الذات ، وبعد تطبيق البرنامجين ، حدث انخفاض في الوزن ، كما أشارت النتائج إلي كفاءة البرنامج المعرفي السلوكي .

دراسة فاهي وآخرون : في علاج حالات الشره العصبي للطعام ودوات اضطرابات الشخصية ، استخدم منهج الملاحظة الكلينيكية ، وإتباع نظام غذائي يومي ، ثم طبق برنامج علاج سلوكي ، وبعد علم لوحظ تحسن في مصابات الشره ، والاستجابة للعلاج أكثر من حالات

اضطرابات الشخصية ، حيث انخفض الوزن وانخفض الاكتئاب لديهم.

-دراسة كيون :عن تطبيق برنامج معرفي سلوكي بهدف تقاوس الوزن لدى ذوات اضطرابات الأكل ، وقد ثبتت كفاءة البرنامج في خفض الوزن لدى العينة.

-دراسة رونج بشيونج وزميلة: عن معرفة مدى فاعلية استخدام برنامج علاجي سلوكي جمعي لتعديل السلوك المرتبط باضطرابات الطعام ، وقد أثرت العينة فاعلية البرنامج المستخدم في تعديل السلوك المرتبط بتناول الطعام .

-دراسة براهيملا وزميلة : لتعديل ذوى فقدان الشهية باستخدام برنامج معرفي سلوكي مبنى علي فنية الواجبات المنزلية المرتبطة بتناول الطعام ، بالإضافة إلي برنامج طبي آخر ، واستمر البرنامج السلوكي لمدة ٤ أشهر ، وقد حدث تحسن وتعديل في سلوك الطعام لدى أفراد العينة .

-دراسة فاهي وزميلة: علي عينة من حالات الشره العصبي للطعام ، حيث تم عمل مذكرة غذاء لكل حالة ، وكان يتم سؤال المريض عن الطعام الذي يتناوله فتمتدح المريض ذاتيا بالتقيؤ وأعراض الإسهال ، واستخدمت قوائم للملاحظة اليومية الأسبوعية ، وقد نجح البرنامج في تعديل الأفكار والمعتقدات السلبية لدى الحالات ، وصحب ذلك انخفاض معدل الشره المرضي للطعام.

-قام ماركس : بدراسة للتعرف علي تأثير العلاج السلوكي علي اضطراب الموساس القهري ، وأكدت النتائج التأثير الفعال للعلاج السلوكي في خفض درجة السلوك الموساس القهري ،

والأفكار الوساوسية ، كما شمل التحسن كل من المعتقدات والأفكار والمراج والعمل والتوافق الاجتماعي .

-دراسة بوليك وأخرون: للكلينيكية علي ١٣٥ سيدة مصابة بالشره العصبي ، حيث تم إجراء ٨ جلسات من العلاج المعرفي السلوكي ، وأستخدم أيضا برنامج التحكم بالتدريب علي الاسترخاء وقد ثبتت كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف القلق ، وخفض معدلات تناول الطعام ، وخفض درجة الاكتئاب ، وعدم إشباع حاجة الجسم للطعام .

-دراسة ألدن : لعلاج مجموعة مكونة من ٦٧ فردا ممن يعانون التجنب الاجتماعي ، وقدمت ثلاث معالجات : التعرض التدريجي لمواقف اجتماعية ، وتدريبات علي المهارات الاجتماعية ، والمضي إلي إقامة صداقات حميمة ، وقد أشارت النتائج إلي أن التدريب علي المهارات الاجتماعية قد ساهم بدرجة عالية في تحقيق قسدر من الاجتماعية لدي المجموعة التي تلقت تدريباً علي المهارات الاجتماعية .

-دراسة هابر وجرامر : عن أشكال الاستجابات النفسية والفسولوجية الناتجة عن عمليات الاسترخاء . وقد أجمعت النتائج علي أن تمارين الاسترخاء قد ساعدت في انخفاض نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي .

-دراسة ألونمووروتان: للتعرف علي أثر العلاج الجماعي في علاج الخجل ورفع مستوى احترام الذات لدي المراهقين ، وقد أسفرت النتائج عن نجاح البرنامج العلاجي في خفض الخجل وازدياد احترام الذات لدي عينة الدراسة.

-دراسة جالوب : للتعرف على مدى فاعلية أحد برامج التدريب على المهارات الاجتماعية لتخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب يعانون من العزلة الاجتماعية ، وقد حقق استخدام أسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية إسهاما كبيرا في تخفيف الإحساس بالوحدة النفسية في عديد من المجالات .

-دراسة كينزى : عن العلاج السلوكي القائم على استخدام التعزيز لعلاج رد الفعل الاجهادي الناتج عن الصدمة (post) ، واستخدم التعزيز الاجتماعي لتعديل سلوك المسترشد ، والعلاج الجماعي ، وبعض العقاقير الطبية في علاج اللاجئين الكمبوديين ، وأسفرت النتائج أن هذه الأساليب العلاجية كانت تمثل أسلوبا فعالا في علاج رد الفعل الاجهادي الناتج عن الصدمات لعينة للبحث .

-دراسة كونيليموس وآخرون: عن سلوك اللعب الاجتماعي للمعرفي لدى أطفال الروضة المعاقين سمعيا ، واستخدم أسلوب الملاحظة وتسجيلها بالفيديو خلال فترات اللعب الحر ، واستخدم مقاييس اللعب مع الأقران لهورز لقياس نتائج النمو للأطفال ولعبهم الذي تم تقسيمه إلى اللعب التفاعلي ، واللعب المتوازي ، والتبادل الاجتماعي ، وأوضحت النتائج أن الأطفال الذين يستخدمون لغة الإشارة كانوا يظهرون مستويات أعلى من سلوك اللعب الدرامي ، والاجتماعي ، وللمعرفي مقارنة بالأطفال الذين يستخدمون أسلوب الاتصال الشفوي.

-دراسة فريد مان : لاستخدام العلاج العقلاني الاتفعايلي في تغيير الاتجاهات التحصينية وفقا لنموذج ليس ، وأجريت الدراسة على عينة من طلاب الجامعة ، وأسفرت النتائج عن نجاح العلاج

العقلاني الانفعالي في تعديل الاتجاهات التعصبية وخفض معدل التعصب لدى الطلاب.

- دراسة باربارا لينوكامر وتوماس موريسون: عن العلاج باللعب للأطفال المتخلفين عقليا، حيث طبق العلاج باللعب الفردي، والعلاج باللعب الجماعي علي مجموعتين من الأطفال المتخلفين عقليا ، وأسفرت نتائج الدراسة علي كفاءة نوعي العلاج باللعب (الفردي والجماعي) في زيادة مستوى النمو لدي الأطفال .

- دراسة نيكول وهاركر : عن العلاج باللعب الجماعي لدي عينة من الأطفال الأحداث ، واستخدم الباحث تكتيك العلاج المستخدم عند روجز (العلاج غير الموجه) ، وقد أجرى الدراسات التجريبية (٦) من المعالجن من أجل نجاح البرنامج العلاجي.

الباب الرابع

التشخيص النفسي والإرشاد النفسي
والعلاج النفسي لغير الحاديين

الفصل الأول

- التخصيص النفسي لذوي الحاجات الخاصة.
- اتجاهات الإرشاد النفسي في تطعيم ذوي الحاجات الخاصة.
- توجيه وإرشاد وتأهيل ذوي الحاجات الخاصة.
- نموذج لبرنامج التأهيل المتكامل.
- الإرشاد النفسي لأزمة الطفل غير العادي.

تشخيص وإرشاد وعلاج ذوي الحاجات الخاصة

هناك فئة من الأفراد كانت تعيش قديماً على هامش المجتمع وتحيا حياة مضطربة في جو من الحرمان والإحباط ، وهي فئة ذوي الإعاقات الجسمية والحسية والعقلية.

ومع تزايد صعوبات الحياة وتعقيدات الحياة الاجتماعية تزايد ع. هـ الفئة ، وتزايدت الإصابات التي تؤدي إلى ظهور الإعاقات المختلفة ، وقد حظيت تلك الفئة باهتمام علماء النفس ، وبفضل نقطة الوعي الاجتماعي بأهمية التدخل المبكر في حياة هذه الفئة التي أصبحت تمثل عدداً من المجتمع لا يستهان به ، والذي يمكن الاستفادة منها في كافة الخدمات الاجتماعية المختلفة.

ولقد اهتمت المجتمعات العالمية والمجتمعات العربية (والمصرية) بهذه الفئة من ذوي الحاجات الخاصة ، فقد أسست جمهورية مصر العربية اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين التي تضم مئات الجمعيات الخاصة برعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ثم أقرت العالم شهر ديسمبر من كل عام للاحتفال بالمعوقين ودوي الحاجات الخاصة ، بجانب المؤتمرات ، والندوات ذات اليوم الواحد يقوم بها اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، الأمر الذي يجبنا لا نغفل عن تلك الفئة من فئات المجتمع.

وتتمثل الخدمات التي تقدم لهؤلاء الأفراد في استخدام خدمات التشخيص والتأهيل وفي وضع استراتيجيات محددة لإرشاد هؤلاء الأفراد ، وإرشاد القائمين على رعايتهم كالأُسرة والمعلم والمجتمع ، وكذلك تتمثل في الخدمات العلاجية المختلفة التي تقدم لهم.

تشخيص ذوي الحاجات الخاصة:-

يمثل استخدام خدمات التشخيص والتقويم بشكل مكثف في مجال تربية ذوي الاحتياجات الخاصة ركيزة أساسية لأي جهد تربوي فعال. وتتمثل صور تلك الخدمات في تطبيق برامج مقننة ، واختبارات جماعية وفردية ، وإجراء مقابلات وتسجيل ملاحظات ، وتصميم مواقف تقييمية للأطفال الذين يمثلون مشكلات أكاديمية : جماعية ، عسية حادة.

وقد أشار شاكر قنديل بأن الخطوة الأولى في تقويم الطفل وتشخيصي جوانب القوة والضعف لديه ، وتبدأ عادة بتقرير إحالة من معلمه تتضمن بعض البيانات الأولية عن الطفل بالإضافة إلى قائمة وصفية لبعض سلوكياته ، مثل أنه منسحب ، أو متطوف في نشاطه ، أو غير منتهبه ، أو ضعيف الدافعية ، أو بطيء التعلم .

وإن التشخيص عملية يترتب على نتائجها قرارات خطيرة بالنسبة لوضع الطفل في برنامج خاص ، أو تخليه عن الاستمرار في برنامج معين ، أو الإحالة لمزيد من الخدمة المتخصصة ، ولذا يجب أن يتم تنفيذه بعد تفكير عميق ، وبواسطة خبير يتقن أهميته ، ودقة ما يترتب عليه.

وأضاف بأن عملية التشخيص يمكن أن تسلك أحد الاتجاهين

الآتيين :-

١- التشخيص "موجه نحو معرفة الأسباب" ويسمى تشخيص السببي Ecological Diagnosis ويحاول من خلال إجراءات معينة أن يحدد أساليب الصعوبات ، وتنفيذه يتطلب خدمات طبية

متخصصة ، مثل أخصائي أعصاب ، وعيون ، ولسف وأذن ، وطب أطفال بالإضافة إلى أخصائي نفسي .

ب- التشخيص العلاجي Remedial Diagnosis ويسمى هذا المنهج إلى تحديد مجموعة من القدرات التربوية والنفسية المحورية ، كي يؤسس عليها العلاج.

ومن عيوب هذين الأسلوبين في عملية التشخيص .

أولاً: هناك مشكلات متعلقة بفلسفة التشخيص ، حيث يرى أن هذا الاتجاه الأحادي في التشخيص يركز بالدرجة الأولى على الطفل للتعرف على أسباب مهمة خارج الطفل (مثل المنهج الدراسي ، وأسلوب التدريس ، والمحتوي فيما يتعلق بمشكلة التأخر الدراسي) كما أن هذا التشخيص يميل إلى تقويم جوانب الضعف ، ويهمل جوانب القوة في الطفل مما يمثل إجهاداً لفاعلية التشخيص ، وتحديداً للفائدة التطبيقية الموجودة لخطوة العلاج المقترحة للطفل ، وتحويل نواتجها لمواقف علاجية ضيقة الأفق .

ثانياً: مشكلات تتعلق بالتقاسم فهناك محظورات في استخدام الاختبارات ، أهمها أن هناك اختبارات تستخدم بدون تقويم لموثوقيتها ، وخطورة تعميم نتائج من عينات تختلف مواصفاتها عن عينة التفتين ، وكذلك المبالغة في استخلاص النتائج من درجات معينة ، والميلغة في تعميم النتائج .

ثالثاً: مشكلات التقويم : وهو يمثل الوظيفة النهائية في عملية القياس ، وله نمطان هما تقويم التلميذ كفرد ، ثم تقويم البرنامج ، ويحتاج تقويم التلميذ إلى قياس بعدي في مهارات معينة ، كما

يحتاج تقديم البرنامج إلى قياس تقدم مجموعة من التلاميذ يشتركون في العلاج ، بمقارنتهم بمجموعة أخرى مشابهة لا يشتركون في العلاج وقد تكون لغة للتقويم غير مرنة في المصطلحات الغامضة أو تكون العبارات الوصفية غير ذات معنى .

ويمكن إنجاز أسس وأبعاد هامة في مجال التشخيص في التربية الخاصة هي :

١-تبني نموذج معايير لنمو الطفل ، للاستفادة به في عمليات الكشف المبني ، والتشخيص الشامل ، وتحديد مواطن التأخر أو التقدم لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

٢-الاعتماد على محكات متعددة في التعرف على الحالات كالاختبارات المقننة وتقارير المعلمين ، والأداء الفعلي للأطفال ، وتقارير أولياء الأمور ، وتقارير المتخصصين .

٣-إعداد دليل للتشخيص يساعد الأخصائي في أداء دوره بفاعلية وكفاءة ، ويتضمن استراتيجيات التشخيص الصحيح ، وفنائه ، والأسس العامة والخاصة لاستخدام المقاييس والأدوات في التشخيص النفسي .

٤-توصيف بروفيل (صحة نفسية) بالاحتياجات الخاصة لكل حالة من حالات الفئات الخاصة في المدارس العادية ، أو فصول التربية الخاصة ، بما يسهل رسم البرامج لهم ، كما يسهل أساليب تنفيذ تلك الخدمات ، وتقويمها .

٥-توحيد المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في عملية التشخيص ، بحيث يمكن استخدام لغة متفق عليها بين العاملين في الميدان ،

وبحث يصبح المفاهيم معنى واحد لدي المتخصصين والقائمين على التنفيذ .

٦- إعداد نماذج للملاحظة والتقدير سهلة التطبيق يمكن استخدامها من قبل الأسرة والمعلمين ، تستخدم كوسيلة سريعة للتعرف والفرز الأولى للحالات الظاهرة .

٧- توسيع مداخل التقييم بحيث يتضمن متغيرات خارجة عن الطفل ، بحيث تتم المعالجة في مدى واسع من البدائل ومن خلال شبكة العلاقات في داخل المواقف .

٨- ينبغي الحذر من المبالغة في نتائج التشخيص ، وينبغي أن نعترف أن القصي ما نستخلصه من عمليات التشخيص ، هو افتراضيات ذكية لأسباب السلوك محل التشخيص ، ولكنها تعجز دائماً عن تفسيره بصورة كاملة .

٩- التأكد من أن إجراءات التشخيص دقيقة ، حتي لا يكون هناك أطفالاً يشخصون خطأ بأن لديهم صعوبات وهم ليسوا كذلك ، أو العكس .

اتجاهات الإرشاد النفسي في تطوير نوي الخدمات الخاصة :

يهتم اتحاد هيئة رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية بضرورة التدخل المبكر Intervention في حياة المعوق سواء في التشخيص المبكر للعامة أو في التوجيه والإرشاد أو في العلاج وتقديم يد المساعدة له.

وقد أجزيت ندوة في مركز رعاية الفئات الخاصة بالقاهرة بسوم الثلاثاء ١٩٩٨/١١/٢٤ بشأن التدخل المبكر ، وقدم شاكر قنديل ورقة عمل أشار فيها أن التدخل المبكر يمثل خدمة خاصة وحيوية تمس

حياة الأسرة ، في وقت تعاني فيه من ضعف مزدوج هما : ضعف بسبب مسؤوليات طفل جديد ، ثم ضعف بسبب حاجات خاصة لطفل معلق ، وأن برامج الخدمات الاجتماعية ، والتي منها برامج التدخل المبكر تتأثر عادة بالاتجاهات الاجتماعية السائدة في أي مجتمع فيما يتعلق بالأفراد المعاقين .

وأشار بأن هناك اعتبارات تنظيمية لبرامج التدخل والتي تركز على:

- الأهمية القصوى للخبرة المبكرة .
- أن بيئة الطفل ، وخاصة أسرته تلعب دوراً خطيراً في تعلمه.
- ضرورة تحسين كفاية الأسرة ، مما يساعد في حل مشكلة الطفل للمعاق .
- تحسين العلاقة الوالدية بالطفل المعاق ، والتي تمثل واجباً أساسياً في برامج التدخل .
- لابد أن تتضمن أهداف التدخل المبكر ، أهدافاً أكثر عمومية مثل صحة الطفل النفسية ، وتهيئة البيئة الأسرية ، إلى جانب الاهتمام بالجوانب النمائية للطفل .
- أفضل للبرامج التدخلية هي التي تتكامل أهدافها مع الجهود المحلية وتستخدم منها ، وتوظف إمكانياتها ، وتقيداً وتدعمها ، وتستخدم الموارد المحلية المتاحة .
- أفضل البرامج هي التي تؤمن حياة طبيعية للطفل وسط أهله وذويه ثم تجنبه الهزات النفسية .

- لابد أن تشمل برامج التدخل ، تغيير نمو الطفل ، وأيضاً تغيير
في الأسرة من حيث الأداء الكوفي في علاقاتها ، ومدي قدرتها
الاستقلالية.

- لابد من الوصول إلى تشخيص أكبر الحالة ، ولا تكفي بمجرد
تسمية الحالة .

وقد نوه كل من حامد زهران وقاروق صادق في تلك الندوة إلى
ضرورة أن توفر الدولة الإمكانيات اللازمة لهذا التدخل ، مع مراعاة
الحالة الاقتصادية والمادية لأسرة المعاق. كما أشار سيد عثمان بأن
هناك اتجاهات جديدة حول تقنين مجموعة من المقاييس التشخيصية
لهؤلاء المعوقين لتفيد في التدخل المبكر لهم.

هناك فرصة لظهور لغة داخلية غنية وأكثر فهماً ، والتي يمكن
أن يستخدمها المعاق سماعياً في التعبير عن النفس ، وذلك من خلال
لغة منطوقة (أنا أحبها ، إنها ملكي).

وتتابعت الجهود المصرية في سبيل دمج المعوقين في مدارس
العاديين مثلاً حاول عادل خضر ومايسة المفتي في دراستهما عن
دمج الأطفال المعوقين عقلياً مع الأطفال العاديين في بعض الأنشطة
المدرسية ، ومحاولة التعرف على أثر ذلك الدمج على مستوي نكائهم
وسلوكم التكفي ، وأجريت الدراسة على عينة من الطالبات ذوات
العمر الزمني ١٢-١٩ سنة ، وبنسبة ذكاء ٢٥-٥٥ سنة ، وذلك
بإدماجهم في فصول دراسية عادية بالمرحلة الإعدادية في الأنشطة
الرياضية والموسيقية والفنية ، ورغم ما جاءت به الدراسة من نتائج
توضح عدم وجود فروق في أدائهم على اختبارات الذكاء والسلوك
التكفي للمعاقين مقارنة بأداء مجموعة ضابطة مماثلة قبل وبعد

الدمج ، إلا أنهما ناديا بضرورة تنفيذ برامج الدمج بالأطفال صغار السن لأن ذلك سيكون ذا أثر إيجابي في تعديل سلوكهم متى التوافق ، وأنه كلما كانت فترة الدمج أطول ، كلما كان ذلك أكثر فائدة ، ويفضل الدمج بين أطفال في نفس العمر الزمني.

ونختتم بمحاولة حديثة للدمج بمحافظة الشرقية بجمهورية مصر العربية قامت بها إيمان كاشف و عبد الصبور منصور حيث هدف الباحثان من دراستهما إلى التعرف على مدى نجاح تجربة قامت بها مديرية التربية والتعليم بمحافظة الشرقية ، تحت إشراف إدارة التربية الخاصة ، لتطبيق التجربة في بعض المدارس العادية ، وذلك في بعض المراكز على مستوى المحافظة ، بهدف التعرف على مدى نجاح أو فشل هذه التجربة ومن ثم تعميمها على مستوى المحافظة ، وكان الهدف من هذه التجربة :-

- تقديم الخدمة للطلاب بمواقعهم وبجوار سكنهم .
- دمج المعاقين مع العاديين كتجاه تربوي حديث.
- التخفيف على مدارس العاصمة والأقسام الداخلية ، وخفض تكاليفها الباهظة ، وتمت التجربة في مدارس المرحلة الأولى من التعليم الأساسي (الابتدائي) ، وعندما يصل الطفل إلى المستوى الثاني من التعليم الأساسي (الإعدادي) ينتقل إلى معهد التربية الفكرية ، ومعهد الأمل بالزقازيق ، تضمفست التجربة دمج الاعاقين العقلية والسمعية ، وقد تكونت عينة الدراسة من المديرين ، والنظار ، والمدرسين ، والمشرفين ، والأخصائيين الاجتماعيين ، والأخصائيين النفسيين القائمين على العملية التعليمية بمحافظة الشرقية ، بجانب مجموعة من الأطفال العاديين بالصفيين الرابع

والخامس الابتدائي وأبائهم ، وكذلك أباء الأطفال المعاقين الملحقين بنفس مدارس العاديين ، وطبقت عدة استبيانات تختص بمعالجة الدمج..

أسفرت الدراسة عن العديد من النتائج منها:-

- الدمج كان جزئي فهو عبارة عن فصول خاصة ملحقة بالمدرسة.
- هناك بعض المدارس لا يتم فيها أي نوع من الدمج حيث يوجد حائط يفصل بين المعاقين والأسياء.
- بعض مديري المدارس الرافضين للفكرة يصرون على الفصل التام بين المدرسة العادية وفصول المعاقين ، طساوور الصباح ، الفسحة ، الأنشطة.

وأسفرت نتائج الدراسة أن هناك نتائج إيجابية وأخرى سلبية للتجربة ظهرت بعد مرور عام دراسي كامل .

تتمثل النتائج الإيجابية في الآتي:

لولا نقل الخدمة التعليمية لمكان إقامة المعاق ممسًا وشجع أولياء الأمور على إرسال أبنائهم للمدرسة .

ثانيها: عدم عزل المعاق عن المجتمع .

ثالثا: تهيئة المعاق للاندماج في الحياة الطبيعية .

رابعا: التخلص تدريجياً من نظرة الإنسان العادي (السلبية) إلى المعاق.

خامسا: تنمية روح الحب والثقة وخلق لغة للتفاهم بين الطفل المعاق والطفل العادي.

سادسا: كسر حاجز الخوف لدى الطفل العادي من التعامل مع زميله المعاق.

سبلها: اكتشاف المواهب والقدرات التي يمتلكها المعاق وتظهر في تقاطعه مع الطفل العادي .

ثامناً: أنها غير مكلفة مادياً ، وأنها خفضت العبء على المعهد الأساسي .
تاسعاً: تخفيف الأعباء عن أولياء الأمور .
عاشراً: تنمية إحساس التلميذ العادي بالمسئولية تجاه زميله المعاق .

وكانت أهم النتائج السلبية لتجربة الدمج :

أولاً: يتطلب ذلك منهجين دراسيين متوازيين ، أحدهما يوجه للأطفال العاديين وغير العاديين على حد سواء ، ويوجه الآخر للأطفال غير العاديين بصفة خاصة .

ثانياً: يتطلب ذلك توفير عدد كبير من المدرسين الأخصائيين والمرشدين النفسيين المتخصصين في مجال الإعاقة ، للتعامل مع أعداد قليلة متناثرة من الأطفال غير العاديين في المدارس العادية للمتابعة .

ثالثاً: يتطلب ذلك كفاءة عالية وحساسية مرهفة من المدرسين التقنيين والمرشدين النفسيين حتى يتمكنوا من التعامل مع الأطفال غير العاديين الموجودين عندهم في فصولهم النظامية بالمدرسة العادية .

رابعاً: يتطلب ذلك رعاية كبيرة وحنانية مركزة وعادلة في المعاملة من قبل فريق للتوجيه النفسي بالمدرسة ، المتضمن للإدارة المدرسية والمدرسين والأخصائيين الاجتماعيين والمرشدين النفسيين ، عند تعاملهم مع كل من الأطفال العاديين والأطفال غير العاديين حتى لا تنشأ حساسية بينهم ، نتيجة لأي تفرقة لو كانت غير مقصودة .

خامساً: يتسبب ذلك في تعطيل سير المنهج الدراسي بالطريقة المعتارف عليها ، نتيجة لعدم تكافؤ القدرات التحصيلية بين

الأطفال العاديين والأطفال غير العاديين ، مما يؤدي بالضرورة إلى إحداث تأثير عكسي على النمو التحصيلي للأطفال العاديين .

سابعاً: يتسبب ذلك في خلق اتجاهات غير صحيحة بين الأطفال العاديين والأطفال غير العاديين كل نحو الآخر ، بما فضل الله به بعضهم على بعض ، وبما تسبب فيه بعضهم من عرقلة للمسيرة الدراسية للبعض الآخر .

سابعاً: يتسبب ذلك في خلق اتجاهات غير صحيحة عند أولياء الأمور والآباء تجاه العملية التربوية ، وإمكانية تحقيق أهدافها لأطفالهم العاديين ، بسبب وجود الأطفال غير العاديين معهم في مدرسة واحدة ، بل في نفس الفصول الدراسية التي تجمعهم معاً .

ثامناً: يتسبب ذلك في نتائج سلبية بالنسبة للأطفال العاديين ، حيث يقلد أغلبهم رفقاءهم غير العاديين في سلوكياتهم الشاذة لما تفرسه عليهم ضرورة وجودهم معهم ، بدلاً من غير العاديين لرفائهم العاديين كما يأمل أنصار البيئة الطبيعية .

تاسعاً: قد يتسبب ذلك في فشل العملية التربوية بأكملها ، وفي عجزها عن تحقيق أهدافها فلا يستفيد منها الأطفال العاديون ، ولا يستفيد منها الأطفال غير العاديين لعدم تخصصها وتركيزها في مسار تربوي واحد .

ويمتد أنصار البيئة الخاصة في تدعيم موقفهم وتعزيز وجهة نظرهم بما يعرضونه من نتائج الدراسات والبحوث الكثيرة التي أجريت في مجال المعاقين والتي أفادت أغلبها بما لا يدع مجالاً للشك بأن البيئة الطبيعية التي يطالب أنصارها بتوفيرها للأطفال

غير المعادين في رحاب المدرسة العادية لم تحقق أية نتائج ملحوظة مع بقية الأطفال الذين تخطوا دراساتهم إلى الصف الثالث الابتدائي ، وإلى ما بعد ذلك من مراحل تعليمية . ويمكن الرجوع إلى كثير من الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال ، ومنها على سبيل المثال تلك التي أجريت بواسطة كل من فريدريكس وآخرون (Fredericks & others, 1978) وكانترل (Canterell & Canterell, 1976) وجونلوب وبياكر (Gottlib & Baker, 1975) وغيرهم للكثيرين).

توجيه وإرشاد وتأهيل المعوقين

يعنى بالتأهيل إعادة للتكيف أو إعادة الإعداد للحياة ، هذا وللتأهيل جوانب مختلفة:

التأهيل الطبي:-

أي استعادة أقصى ما يمكن توفيره للمعاق من قدرات بدنية ، مثل حالات بتر الأطراف ، ويكون تأهيلها طبيًا هو إمداد المصاب بالأطراف الصناعية بعد جراحة البتر ، وتدريب عضلاته على تحمل الطرف الصناعي ، وتدريب توازنه العصبي العضلي على كيفية استخدام الطرف في مستوى الحياة العادية.

هذا وللتأهيل جوانب مختلفة:

التأهيل النفسي:

وهو إعادة تكيف العميل من الناحية النفسية ، وهي مهمة الأخصائي النفسي بالتعاون مع الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي التأهيل . وقد يتطلب الأمر الاستعانة بالطبيب النفسي ، إذا حدث اشتباه في مرض عقلي .

التأهيل الاجتماعي:

إذا كانت بيئة المعلق أو ظروف أسرته أو عمله أو علاقاته الاجتماعية والإنسانية في بيئته هي سبب الاختلال في إعاقته تكيفه مع المجتمع الذي يعيش فيه ، هنا يتم إعادة تكيف المعلق مع بيئته سواء الأسرية أو العملية أو في المجتمع الخارجي حتى يمكنه التعايش الإيجابي مع المجتمع من حوله

التأهيل المهني:

وذلك في حالة ما إذا كان اختلال تكيف الإنسان الحياة هو فقد وظيفته التي يرتزق منها أو عجزه عن الاستمرار في ممارسة مهنته . وتكون مهمة التأهيل المهني هو إعادة التكيف من الناحية المهنية ، سواء كان المعلق مصاباً بالمعز في صفاته ، أو كان المعوق هو الشخص الذي أصيب بعجز في قدراته البدنية أو العقلية (إسماعيل شرف). بجانب التأهيل الطبي ، والتأهيل التربوي وغيرها.

التأهيل المهني للمعوق:

هو ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية ، كالتوجيه المهني ، والتدريب المهني والتشغيل ، مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه.

وتختلف أنواع التأهيل بحسب حالات الأفراد المعاقين ، وقد حدد قانون التأهيل رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بـ التأهيل يشمل تقديم الخدمات الاجتماعية ، والنفسية ، والطبية ، والتعليمية ، والمهنية ، التي يلزم توفيرها للمعوق وأسرتة ، لتمكينه من التغلب على الآثار التي تحللت عن عجزه..

ويختلف برنامج التأهيل من فرد لأخر فهي عملية فردية تواجه احتياجات الفرد لتمكينه من الاندماج في المجتمع ، لذلك تشتمل مكونات البرنامج على الآتي:

التكيف المهني التكيف الشخصي التكيف الاجتماعي.

وتتمثل أحد الاتجاهات في تأهيل المعوقين في مصر ، في ضمان استمرارية الحفاظ على الحياة الطبيعية التي هي حق لكل معوق ، واندماجهم في مشاغل المجتمع المختلفة ، وهذا يتطلب مواجهة التعديلات التي حدثت في المجتمع باتجاهات حديثة في عمليات التأهيل لتشمل تأهيل المعوقين تأهيلاً شاملاً ، يغير من نظرة المجتمع نحوهم وتقبلهم بين أفرادها مناضحين بالكم والكيف ، لذلك قامت وزارة الشؤون الاجتماعية بإجراء العديد من البحوث العلمية ، والتي كان من نتائجها تحقيق التأهيل الشامل للفئات المختلفة من المعوقين ، ومن أهم ما قامت به من بحوث:

- بحوث خاصة بحالات روماتيزم القلب.

- بحوث لتعليم السمع وضعاف السمع بالطرق اللفظية واليدوية.

- إعداد قاموس لتوحيد لغة الإشارة للمصطلحات الأساسية.

- استخدام الذبذبات الصوتية لتعلم الكلام وضعاف السمع.

- توفير المعينات البصرية وضعاف البصر مما يساعدهم على الاندماج في مشاغل الحياة.

- إعداد برنامج متكامل لتأهيل حالات التخلف العقلي في جميع الأعمار

- تأهيل الحالات شديدة العجز بمؤسسات خاصة.

- إدخال نظام الهندسة التأهيلية في صناعة الأجهزة التعويضية

وتعديل أدوات التدريب وأماكن التدريب.

- علاج حالات عيوب النطق والكلام.
- إعداد برنامج للتأهيل المنزلي.
- برنامج إعداد مستشارين للتأهيل (منجدة بيدق).
- ويجب الأخذ في الاعتبار أن عملية التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي تشمل عدة جوانب ، تبدأ بالجراحة ، ثم الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية ، ويمكن سرد أتماط التأهيل هذه فيما يلي:
- تقديم الخدمات المساعدة ، وتشمل العلاج المهني والعلاج الطبيعي والتمريض.
- تقديم الوسائل التعويضية ، وتزويد المعاق بها.
- قياس قدرته على تحمل العمل في المهن التي يختارها.
- التدريب على الرعاية الذاتية والقدرة على التحرك في المواصلات للمعاقين بدنيا.
- الإرشاد النفسي وكيفية حمل المعاق يتقبل عجزه ، وكيفية تحقيق ذاته من خلال الإرشاد والتوجيه الذاتي.
- مساعدة المعاق على أن يتعايش مع المجتمع وتحسين المجتمع لتقبل المعاق ومساعدته.
- عملية التأهيل المهني:
- تمر في مراحل ثلاث:
- أ- التوجيه المهني:
- ب- التدريب المهني.
- ج- التشغيل ، ثم المتابعة لضمان الاستقرار في العمل.

أ- التوجيه المهني:

يقصد به معاونة الفرد الوصول إلى قرارات حاسمة تتعلق بشنونه الخاصة لحل مشاكله ، وفي مجال التوجيه المهني تقوم بمعاونة الفرد علي تفهم نفسه ، من حيث الكشف عن قدراته وبقية صفات شخصيته التي يمكن استغلالها بالقصى طلاقة ممكنة في عمل أو مهنة تعود عليه.

وهذا معناه أن توجيه الأفراد إلى مهنة ما لا يكون علي أساس القدرات العقلية وحدها ، بل علي أساس القدرات والإمكانات الجسميّة أيضا ، والفرص التي يمكن أن توجد أمامهم في البيئة والأشخاص الذين يعملون معهم. وهذه العوامل تتضمن نواحي سيكولوجية كالذكاء ، والتحصيل الدراسي ، والصفات الشخصية ، والميول ، والاتجاهات ، ونواحي اجتماعية كالظروف العامة والمصنويات علي أن تكون هناك لجنة متابعة المعوقين لحين استقرارهم مهنيا واجتماعيا.

وسائل التأهيل المهني للمعوقين:

تفهم عملية التأهيل المهني بإحدى وسيلتين:

أ- مكاتب التأهيل المهني: تعد أحسن الوسائل وأجدرها ، وأقلها تكلفة ، وتشمل أخصائي اجتماعي يستقبل المعوق ، ويتحقق من عجزه ، والتعرف علي ظروفه ، ويستعين بالخدمات العادية الموجودة في البيئة لفحصه طبيا واختباره نفسيا ومهنيا ، ثم وضع خطة التأهيل التي ترسم مستقبل حياته المهنية والاجتماعية ، وإشراف الأخصائي الاجتماعي علي تنفيذ هذه الخطة والتدريب علي العمل ، وتعيينه ومتابعته حتي يستقر المعوق في عمله.

ب- مراكز التأهيل: يقيم فيها المعوق حيث يجد جميع الخدمات المشار إليها متوفرة داخل المركز ، من عيادات طبية ونفسية ومهنية

و أماكن للتدريب المهني والعلاج الطبيعي ، وبعض المصانع
للتشغيل بعد الانتهاء من التدريب المهني ، وهي نوعان:

- داخلية كاملة.

- نصف داخلية.

ويفضل النوع الثاني من المراكز ، حيث أن نظام النصف

داخليّة تتميز بالآتي:

١- عدم عرر المعوق عن بيئته الطبيعية عرلا كاملا.

٢- إتمام عملية التأهيل في مدة أقصر.

وتستخدم هذه المراكز في حالة تعذر الاستعانة بمكاتب التأهيل ،
أو كانت الحالة تتطلب الالتحاق بمركز التأهيل لوجود إصابة جسمية
خطيرة تمنعه من الذهاب يوميا للمكتب ، أو في الحالة التي تحتاج إلى
مراقبة مستمرة (حالات الصرع والهستيريا) ، والحالات التي تحتاج
إلى علاج طبيعي ، والحالات البعيدة عن مكان مكاتب التأهيل ،
وحالات الفقر الشديدة وغيرها.

وتتميز مكاتب التأهيل عن المراكز بما يلي:

- قلة التكاليف.

- فرص التوجيه للمهني أوسع.

- الصلة الوثيقة بالبيئة.

- سهولة التدريب ، حيث تتوفر في البيئة العادية إمكانيات التدريب
في كافة مجالات العمل.

- سهولة تعيين الأخصائيين.

- سهولة التشغيل بعد إتمام التدريب (إسماعيل شرف)

نموذج لبرنامج التأهيل المتكامل:

أجرت الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين بوزارة الشؤون الاجتماعية دراسة حول إمكانية إدماج المكفوفات في أنشطة المجتمع من خلال برامج التدريب حيث اختيرت عينة متمثلة قوامها ٧٥ كفيفة ، وأعد لها برنامج تدريبي للتأهيل الشامل علي النحو التالي.

١- برنامج اعاد ما قبل التدريب " تمهيدى "

٢- تقديم خدمات معاونة مثل خدمات طبية - اجتماعية - مساعدات مالية - مشورة وتوجيه نفسي فردي وجماعي.

٣- برنامج لمحو الأمية والثقافة المهنية.

٤- برنامج للتدريب علي ممارسة الحياة اليومية وخاصة التدريب المنزلي ، بصفته عاملا هاما في حياة المرأة.

٥- برنامجا لعلاج تشوهات القوام والتربية الرياضية.

٦- برنامج لشغل أوقات الفراغ.

وبعد ٦ شهور قسمت المجموعة إلى ٣ مجموعات فرعية:

مجموعة أ- يتم تدريبها بالمؤسسة مع الإقامة الداخلية.

مجموعة ب- تقوم مع أسرتها بمنزلها وتخرج يوميا للتدريب بالمؤسسة علي المهنة المتاحة لها.

مجموعة ج- تقوم بمنزلها وتخرج يوميا للتدريب المهني داخل شركات وسط العمال في جو طبيعي للعمل.

وقد أعدت مقاييس للتقييم أثناء العمل ، وكان من نتائج البحث

ما يلي:

اتضح أن المجموعة التي تلقت خدمات مكاملة للتأهيل مثل برامج التكيف الشخصي وممارسة الحياة اليومية ثم درست مهديا بالحو

الطبيعي للعمل كانت أكثر المجموعات اندماجاً و ١٥ % من مجموعة الحالات تزوجت بزملاء لها في العمل.

تليها في التوافق المجموعة (ب) ، التي كانت تترب بالمؤسسة وتخرج يومياً تستخدم المواصلات العامة وتمارس العلاقات الاجتماعية مع أفراد المجتمع.

وجاءت المجموعة (أ) في الدرجة الثالثة في التكيف والاندماج في المجتمع ، ويدل ذلك على أنه من الضروري تضمين برامج التأهيل برنامجاً للتكيف المهني والشخصي ، وكذا التأثير الإيجابي للتدريب وسط الجو الطبيعي للعمل مع باقي العمال على الاندماج المقبول من أفراد المجتمع (منجدة بيدق).

الإرشاد النفسي لأسرة الطفل غير العادي

Counseling the family of the exceptional Child

تفيد التقارير التاريخية أن الخدمة الاجتماعية تبنت المشكلات التي تتعلق بالعلاقات الأسرية والتفاعلات الشخصية بصسورة تقليدية منذ القدم. ولا غبار على ذلك ، إن إسهامات الخدمة الاجتماعية في مثل هذه المشكلات لا يمكن أن ينكرها أحد ، ولا يجوز لأي فرد أن يعترض عليها حيث تعتبر الأسرة في أشد الحاجة إليها ، وبالتالي يجب تدعيمها ومساندتها حتى تواصل إسهاماتها في تلك المضمار بالكفاءة الموجودة منها. ولكن يجدر الإشارة إلى الفروق الجوهرية بين مضمون الخدمة الاجتماعية وجوهر الخدمة النفسية. إن الخدمة الاجتماعية تتناول الأسرة في محيط البيئة التي تعيش فيها حيث تركز أنشطتها وتوجه اهتماماتها ، ولكن الخدمة النفسية تتناول الأسرة من جانب شخصية كل فرد فيها وتأثير سلوكياته على غيره في نطاقها.

ومن ثم ، لا يمكن أن تقوم أيهما بأعبائها بمعزل عن الثانية لأنهما مكملتان لبعضهما البعض ، ومدعمتان لأهدافهما المشتركة.

ويستهدف الإرشاد النفسي لأسرة الطفل غير العادي التعامل مع شخصية كل فرد فيها من أجل تعديل سلوكه نحو الأفضل حتى يتحقق التوافق السوي بين تفاعلاتهم الشخصية في نطاق علاقاتهم الأسرية بشكل جيد. ومن ثم عندما يقف الإرشاد النفسي عند الطفل غير العادي لقط دون أن يمتد إلى جميع أفراد أسرته ، فإنه بحق يكون قاصراً في تحقيق أهدافه الكلية.

إن المحاولات الإرشادية التي تتناول كل فرد داخل هذه الأسرة طي حدة دون التعرض لها باعتبارها وحدة كلية متماسكة ، تكون أيضاً عاجزة عن التقدم خطوة واحدة في سبيل إتصاف الإنجازات المنشودة منها ، لذلك يجب على الإرشاد النفسي أن يتعامل مع الأسرة بصورة متكاملة متناو لا التفاعلات الشخصية بين أفرادها في نطاق العلاقات الأسرية مع بعضهم.

ويمراجعة بعض الدراسات التي وردت في حقل الإرشاد النفسي للأطفال غير العاديين نجدها لم تشير إلى مجهودات تذكر ، أو محاولات جادة في تقديم خدمات إرشاد مدروسة من أجل مساعدة أطفالهم غير العاديين على التوافق السليم مع أنفسهم ومع من يخالطونهم. ذلك نتيجة عدة عوامل لعل أهمها جميعاً الفضل الذي أحاط بربط الإرشاد النفسي للطفل غير العادي بالإرشاد النفسي للكبار ضمن خطة إرشادية كاملة متكاملة للأسرة كلها باعتبارها وحدة متجانسة ومتماسكة.

ويعترف أكرمان (Ackerman) بالعوامل التي أدت إلى عرقلة المجهودات المتوقعة بإرشاد الأسرة التي تحتضن طفلاً غير عادي

باعتبارها وحدة متجانسة ومتماسكة ، ومن خلال ملاحظاته المهنية في معهد التوجيه النفسي للطفل (The Child Guidance institute) الذي كان يعمل به ، حيث ذكر أن أمهات الأطفال غير العاديين يردن أن ينقلن مشاعرهن المشحونة بالرغبة في عقابهم لسلوكياتهم غير السوية إلى مرشديهم النفسيين ودفعهم ليكونوا وسطاء لاجهاهن العقابي نحو أطفالهن بدلاً من تعاون هؤلاء الأمهات مع المرشدين النفسيين لحل مشكلات أطفالهن غير العاديين فإِنَّهن تسببن في مضاعفة هذه المشكلات بسبب ما يكبتهن من مشاعر الغضب نحوهم. ومن ناحية أخرى وجد أكرمان (Ackerman) أن عدداً آخر من الأمهات اللاتي يجدن أنفسهن علي مشارف اكتئاب خبرة إرشادية جماعية سرعان ما يتحولن من الرغبة في مساعدة أطفالهن إلى الرغبة في مساعدة أنفسهن حيث ينشغلن عنهن بأمورهن الشخصية ومشكلاتهن الاجتماعية مع أزواجهن وروسائهن في العمل ، مهملات لمشكلات أطفالهن ومهتمات بمشكلاتهن الخاصة ، مستغلات وجودهن في المقابلات الإرشادية الجماعية للاستفادة منها بأقصى درجة ممكنة لمصلحتهن الشخصية. ومن ثم ، تتعرقل الجهود التي يبذلها المرشدون النفسيون من أجل إرشاد الآباء إلى كيفية التعامل مع الأبناء.

لما كان الطفل غير العادي لا يمكنه أن يعيش مع أسرته فقط في نطاقها المحدود بمعزل عن مدرس يعلمه ويديره علي كيفية التوافق السليم مع عجزه وإعايقته حتى بمعزل عن مدرس يعلمه ويديره علي كيفية التوافق السليم مع عجزه وإعايقته حتى يتمكن من ممارسة أنواره العادية في الحياة بصورة طبيعية ، فإن المرشد النفسي الجيد والكفء في عمله لا يهمل دور المدرس في تنمية قدرة الطفل غير العادي علي

مواجهة المشكلات الناتجة عن إعاقته. لذلك فإن الاستراتيجية الإرشادية الشاملة التي يضمها المرشد النفسي في مجال الطفل غير العادي يجب أن تتمدى نطاق الأسرة التي يعيش في كنفها لتشمل أيضاً دور المدرس المدرب في رعاية هذا الطفل ومدى تأثير هذا الدور على علاقة هذا الطفل غير العادي بأفراد أسرته. وبناء عليه ، يضع المرشد وولي أمره ومدرسه ، على أن تكون الاستراتيجيات الثلاث مترابطة ومتكاملة. وقد يضع المرشد النفسي استراتيجية واحدة متكاملة متضمنة ، رعاية كل منهم للطفل غير العادي (إبراهيم الشافعي).

الفصل الثاني

نماذج من برامج الإرشاد والتوجيه والعلاج

لذوي الحاجات الخاصة

١- المعوقون سمعياً.

٢- المكفوفون.

٣- حالات التخلف العقلي (الإعاقة الذهنية).

نماذج من الخدمات التشخيصية الإرشادية والعلاجية

في مجال تعليم ورعاية ذوي الفئات الخاصة

أولاً: خدمات للتوجيه والإرشاد في مجال

تعليم ورعاية المعوقين سمعياً

يمثل الاهتمام بالطفل المعوق سمعياً أحد المقاييس التي توضح تقدم الأمم وتحضرها ، لذا يجب أن ينظر العالم العربي إلى تعليم تلك الفئة علي أنه خدمة واستثمار في ذات الوقت ، فهو خدمة واجبة الأداء لكل فرد معوق سمعياً ، وهو استثمار في الموارد البشرية للدولة ، الأمر الذي يستوجب الاتجاه إلى تطوير سياسة تعليم الصمم ، ليس تطويراً فكرياً في الكم والعدد ، ولكن تطويراً رأسياً في المحتوي والكيف.

فالطفل المعوق سمعياً كأبي طفل عادي له حاجاته البدنية والنفسية والاجتماعية ، ويحتاج إلى تلبية هذه الحاجات بصورة تتلاءم مع حالة سمعه ، كما أنه كالطفل العادي في حاجة إلى التقدير ، وإلى اللعب ، وإلى الأمن ، وإلى الشعور بالانتماء إلى جماعة ، ولا بد للكفاء والأمهات مساعدته علي توفير هذه الاحتياجات بالطرق المناسبة بما يعمل علي نمو شخصية الطفل الأصم نمواً صحيحاً.

إن التطوير في تعليم المعوقين سمعياً قد حقق تقدماً ملحوظاً فسي العدد والكم أكثر مما اتصل بالمحتوي والكيف ، فلقد تقدمت في المئين الأخيرة برامج تعلم قوة النظر (بإستخدام العين) ، وقوة اللمس (بإستخدام الأذن) ، فالعيون تلاحظ وتشاهد حركات الشفاه للمعلمات ، وأنامل الطفل الأصم تلمس حناجرهم ، والذئذيات للهوائية التي ترافقها ، وبذلك تقوم كل من العيون والأنامل بدلا من الأذن في النقاط الكلمات

والحروف ، وطالما يتعلم الطفل الأصم كلمة من الكلمات (مما مثلاً) ويفهم معناها ويطلب إليه أن يتقوه بهذه الكلمة ومن ثم يستعملها ، وهكذا تلمز ألفاظ الأصم ويكتسب مفردات اللغة ، يسمعها بعينه وبأذنيه في بعض الحالات حتى يفتني قاموسه اللغوي ، فينمو تفكيره ، ويفتح ذكاؤه ، وفي كل ذلك نجد الصعوبة والبطء والمشقة في تعليمه ، ولكن الجهود التي تبذل مع الطفل تؤتي ثمارها (عبدان الميمى).

كل هذا يدعونا إلى عرض لبعض الإرشادات والتوصيات وأساليب الوقاية والعلاج اللازمة للطفل المعوق سمعياً:

- على الأم بل والأسرة أن تقبل بسرور كلام طفلها وتشجعه على النطق مهما كانت درجة إعاقته ، مع تجنب التصحيح المتكرر لكلامه ، وإحسانه بالسعادة عندما يتحدث.

- التحدث في أذن الأصم بهمسات خفوة أطول مدة ممكنة كل يوم ، مما يساعده في التحكم بكلامه.

- الصبر على اختلاف صوته بالارتفاع المفاجئ أو المنخفض ، والتذكر أنه عاجز عن سماع الآخرين مما يدعو إلى عدم التحكم بدقة في تأدية أصواته ، وأن كثرة العقاب أو التأنيب يقلل من فرص تقدمه.

- كلما وحي للطفل الأصم الكلام الذي يوجه إليه يصبح راعياً في الاستجابة للحديث ، وهذا يتطلب الصبر وأن يكون للكلام الموجه إليه مفهوماً بقدر المستطاع.

- الحذر من الصوت المرتفع ، فإن يجدي حتى مع ضغط السمع ، وعلى الأم تحديد درجة الصوت التي يدرك بها الطفل ماذا تقول الأم ، وتحدث بها معه.

- التحدث مع الأصم كما لو كل يفهم الكلام بعيدا عن الفمغمة أو طمس الكلمات وأهملتها ، بحجة أنه لا يفهم ماذا تقولين.

- التحدث مع الأصم بجمل قصيرة مع قلة استعمال الكلمات التي لا داعي لها.

- محاولة عدم الاستسلام لإغراء استعمال الحركات بالأيدي أو الكتابة ، لتسهيل الاتصال بالطفل (المرجع السابق).

وأضاف شاكر قنديل مجموعة أخرى من الأساليب الوقائية والعلاجية منها :

١- تربية الأصم اجتماعيا ونفسيا بتوفير هينات متخصصة لرعايته وذلك من خلال برامج هادفة ومنظمة ، تشبع حاجات الأصم وتستجيب لمتطلباته وتناسب قدراته.

٢- تشكيل جمعيات صداقة ونوادي خاصة بالصم ، ويمكن أن يكسبون الانتساب إليها متاحا للعاديين ، لتعريف المجتمع بشخصية الأصم ، وتمية وعي الأفراد العاديين بمشكلات الأصم ، وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي في إطار حر بعيدا عن جو المناقصة.

٣- تدريب أسرة الأصم على أساليب الرعاية المبكرة له ، وعلى تنمية حواسه ، وعلى أسلوب معاملته بشكل طبيعي دون تطرف في الشفقة والاهتمام ، أو في الرقض والتبذ والإهمال.

٤- تنمية الحصيلة اللغوية للأصم ، وتدريبه على النطق والكلام ، أو تعليمه أسلوب التواصل الكلي ، أو أي صيغة أخرى تناسب إمكانات الطفل ومستوي إعاقته.

٥- تخليص الطفل الأصم من وحدته ، وكسر حاجز العزلة الاجتماعية من حوله ، بتشجيع النشاطات الاجتماعية من خلال مجموعات صغيرة العدد ، فيمكن تشجيع الأصم على مشاركة طفل أو طفلين آخرين من الذين يسهل التعامل معهم ، ليشاركوه نشاطا اجتماعيا حرا ، لا يتطلب استخدام اللغة مثل اللعب أو الرحلات ، لأن قضاء بعض الأوقات على نحو ممتع يعتبر أمرا مهما في تقليل العصبية من الخجل ، ومن التركيز على إعاقته.

٦- تشجيع الأصم على التعبير عن مشاعره ، لكي تمنع تراكم التوترات النفسية لديه ، ويتطلب التصريح المفتوح للمشاعر وجود جو من الثقة بين الطفل والديه ، حتى لا يشعر الطفل بالتردد في الكشف عن مشاعره مهما كانت غريبة أو مستهجة.

٧- تقوية شعور الأصم بالكفاءة الذاتية والفاعلية ، لأن الأفراد الذين يشعرون بالعجز ينزلون إلى هاوية اليأس والاكتئاب ولذلك لابد من تنمية شعور الكفاءة والاستقلال ، ويكون ذلك بتقوية قدراتهم على حل المشكلات ، وتطوير مسهات الطفل في مجالات متعددة ، على أن يتم ذلك في جو أسري تدعيمي غير ناقد أو رافض.

٨ التحدث الإيجابي مع الذات يعتبر عاملا مصادا للخوف والعجز والقلق ، وتعويد الأصم وتدريبه على التفكير بطريقة إيجابية نحو ذاته ، إن ذلك يخفف الكبت ويهدئ المشاعر المصادة ويوقف

آليات كراهية الذات ، ويبطئ تيار الأفكار غير المنطقية التي تشيع
لدى المعاقين.

٩- تعزيز ودعم الذات ، وذلك من خلال التشجيع والثقة وتخفيض حدة
اللوم والمخزية من الأصم ، بالإضافة إلى الدعم العاطفي القائم على
الاهتمام الإيجابي وغير المشروط ، حتى يشعر الطفل أنه محبوب
ومرغوب فيه

أهمية التعلم والتدريب للمعوقين سمعيا:

من المعروف لدينا أن المعوقين سمعيا يتعاملون فيما بينهم من
خلال لغة الإشارات ، وهي عبارة عن رموز يدوية خاصة ممثلة لبعض
الكلمات والمفاهيم والأفكار ، التي تعتمد اعتمادا كبيرا على حاسة
البصيرة ، وقدرة الملاحظة ، إلا أنه يصعب على المعاقين سمعيا
التعامل مع الأسوياء سمعيا ، من خلال هذه اللغة التي هي خاصة
بعالمهم ، والتي لا يدركها أو يعي معناها سوى عدد محدود جدا من
الأسوياء سمعيا ، هم غالبا أبناء المعاقين سمعيا أو أفراد لديهم علاقة
بفقد حاسة السمع فقط ، وهذه الفئة من الأسوياء سمعيا التي تترك لغة
الإشارات ليست بالحجم الكافي من المجتمع الذي يتعلم ويمارس في
الأصم حياته ، لذا فإن الأصم هكذا سيعيش في إطار محدود من المجتمع
يصعب عليه تخطيه بسبب صعوبة تعامله مع باقي الأفراد في
المجتمع.

إلا أن هناك وسيلة اتصال بين الأصم وباقي أفراد المجتمع أولها
القراءة والكتابة ، وهنا تبرز أهمية التعلم الذي يساعد الأصم على
الاندماج جريا في المجتمع المحيط به ، حيث يسمع بالقراءة ويتكلم
بالكتابة (سamy جميل) .

ولعل أهمية التعليم والتدريب للمعاق سمعيا تبدو جليا عندما تواجه الأسرة مشكلات في عدم القدرة على مواجهة حاجاته ، أو عن عجز الأصم عن التواصل اللفظي معها ، بسبب غياب اللغة ، كما أنه حينما لا يفهم الطفل الأصم اللغة المنطوقة و لا يستطيع التعامل بها يعاق حتمًا عن 'السمه' اجتماعي . وهذه من أهم مشكلات الأصم التي وجّه معظم داخل الفصل وأثناء تربيته

علاوة على أن عدم تعليم وتدريب الطفل الأصم قد يترتب عليها العديد من الآثار السلبية الأخرى الناتجة عن عدم التواصل ذلك الذي يحول دون استمرارية العلاقات ، والآثار السلبية للناجسة عنه كثيرة ، كل يجد الأب نفسه مضطرا للاتصاف بالابن الأصم في معظم مواقف حياته لفظيا وعمليا ومهنيا ، وقد يلجأ الأب إلى عقاب الطفل الأصم على بعض السلوكيات المرفوضة التي تظهر منه ، والتي تعود عليها لعدم فهمه المثيرات والأوامر ، كل هذا يستوجب تربية ورعاية وتعليم المعوقين سمعيا.

التوجيه والتأهيل المهني للصم:

يقوم الاتجاه الآن نحو النقاء الثقافي العام والمهنية على أساس من المرجح بين العلم والعمل والتكنولوجيا . وهناك خطط مقترحة لتطوير نظم تأهيل الصم على النحو

التالي:

١ تطوير برامج التأهيل المهني الذي يعتمد على فكرة التدريب علمي العمل ، حيث يحصل المعاق على التدريب لمدة ثلاثة أو أربع ايام داخل الوحدة الإنتاجية ، وباقى أيام الأسبوع لدخل جمعية التأهيل المهني ، حيث يكون التركيز على المعلومات النظرية.

٢- توفير فرص العمل للخريجين: حيث يتم وضع خطة قصيرة الأجل ، تستهدف تشغيل الصمم في فترة السنوات الخمس القادمة قسي فرص عمل حقيقية ، عن طريق زيادة وتدعيم مواقع العمل والإنتاج لتتبع فرصا جديدة للعمل ، وتنظيم دورات عملية وتدريبية لإعداد وتأهيل الصمم للعمل الذي يتيح تلك الفرص بكفاءة .

٣- وضع خطة طويلة الأجل تستهدف تشغيل جميع خريجي مدارس الصمم خلال المرحلة القادمة ، في أعمال منتجة تتفق مع خطة التنمية واحتياجات المجتمع ، وذلك عن طريق إعادة بناء أنماط وهياكل التعليم وفتح مجالات دراسية جديدة للوفاء باحتياجات الحاضر ومواجهة احتمالات المستقبل (سامي جميل) .

نموذج برنامج التأهيل للأصم

أولاً: الدراسة الطبية للحالة :

ودلك بقياس السمع ورسم الحالة ، أو استخدام علاج لتحسين السمع وتحديد نوع المعين المطلوب ومدي إمكانية.
ثانياً: دراسة الحالة الاجتماعية:

يقوم بها أخصائي خدمة الفرد على دراسة حالة الأصم وأسرتة للوقوف على ظروفه الأسرية ، وعلاقته مع أفراد أسرته ، وظروف السكن وإمكانية الانتقال وغيرها .

ثالثاً: التأهيل المهني :

يتم بعدة وسائل ، منها الاعتماد على الاختبارات السمكولوجية واختبارات الذكاء والاستعدادات والقدرات . ومنها تقييم العميل في مواقف عملي فطلي على نماذج من الأعمال في خطوات تمثل العمل الفعلي ، ولمدة أسبوع أو أكثر لكل صمعة .

رابعاً: التقويم السيكولوجي:

إن التقويم السيكولوجي للأصم يحتاج إلى الآتي:

- اختبار مناسب للذكاء .
- اختبار مناسب للاستعدادات.
- اختبار مناسب للشخصية
- اختبار لقدرة الفرد على التخاطب .

خامساً: الخدمات التأهيلية:

وتشمل:

أ- الخدمات الطبية:

- تدريب السمع .
- تدريب النطق وعلاج النطق .
- المعينات السمعية .

ب- الخدمات المهنية:

- التوجيه والمشورة.
- الجوانب التعليمية.
- التوظيف.
- التمتع.

ثانياً: خدمات التوجيه والإرشاد في مجال المكفوفين

الاتجاه نحو التكيف:

ينظر المجتمع إلى التكيف ويعلمه بثلاث طرق متباينة ، كعبء ومسئولية عليه ، كقصر تحت وصايته ، كأعضاء به.

وهناك العديد من الدراسات التي توصلت إلى حقائق علمية عبر اتجاه الآباء نحو اضفهم للمصير بالعمى . منها . القبول . انكار وجود أى أثر للعمى على الطفل - للتدليل والحماية المبلفة- الإعرص المقنع - الإعراض أو التلبذ الظاهر .

وفي دراسة قام بها سومرز Sommers لتقويم لثر الاتجاهات الوالدية على سلوك الأعمى وعلى نمو شخصيته، وأظهرت النتائج أن الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاه التكيف ينتج عنها سوء توافقه الاجتماعي وظهور بعض الاضطرابات الانفعالية لدى الابن التكيف.

ومن العوامل النفسية التي تكمن وراء الاتجاهات الاجتماعية للمبصرين نحو العميان ، ما ظهر من دراسة عبد الرزاق الزتحري التي أجراها على مائة فرد من المبصرين ، التي حاول فيها الباحث تحديد الارتباطات القائمة بين أصحاب كل اتجاه من العميان ، وبين بعض عوامل الشخصية ، ولوضحت نتائج الدراسة اختلاف اتجاه المبصرين نحو العميان باختلاف مواقفهم من أحاسيس الخصاء ، فالأشخاص الذين أتيح لهم تصفية العقدة الأوديبية ، ومن ثم القضاء على مخاوف الخصاء يكون اتجاههم هو التقبل للعميان ، فالعمى في دلائته اللاشعورية يعني الحياء ، أما الذين لم يتح لهم تصفية كاملة للأدوية لديهم ، فإنهم يتخذون التكوينات المضادة كدفاع ضد مخاوف الخصاء يصبحون أصحاب الحماية الزائدة للعميان ، أما المبصرون فإنهم يلجأون إلى الدفاعات

لتمويه عدوانيتهم الناشئة عن مخاوف الخصاء ، فيصبحون أصحاب اتجاه الرفض المتكبر .

وقد أوضح سيد صبحي للتأثير الناتج عن اتجاه الوالدين علي سلوك الطفل الكفيف . فقد يخلق موقف الأباء نحو طفلهم الكفيف الشعور بالنقص والذنب ، خاصة إذا حاولوا إخفاء حقيقة اعاقته كشيء يخفي ، أو إظهار شعورهم بالشفقة نحوه .

وقد وجد جيرارد وريمي (في سيد صبحي) علاقة وثيقة بين تقدير الطفل وتقدير الأباء نحوه ، ويكون للطفل المعوق أكثر تكيفا واستقامة لو لقي تقديرا وعناية من والديه ، وقد أكد الباحثان من دراستهما أنه غالبا ما يحتكم المعوق في هذه الحالة إلي إدراكه الذاتي وتوقعه عن نفسه ، حيث أنه لا يستطيع الاعتماد علي ترجمة المواقف الموجهة إليه ، وكثيرا ما يكون الشخص نفسه مصدرا لتأثير الآخرين بشعوره وتوقعه بما يضيفه عليهم من تشاؤم أو تفاؤل حسب حالته النفسية ، ولما كان هذا يحدث بحكم العادة ، فمن العجب أن يستمد حكم الآخرين عليه مرة ثانية من حكمه علي نفسه ، وهكذا يكون لموقف الأباء والأقرباء المحيطين بالطفل المعوق تأثيرا بلغا علي إدراكه الذاتي وتوقعه .

الإرشاد الأمري للوقاية من العمى:-

- تبدأ العناية بعين الضل مد ولاته ، فقد تلوث عين الطفل عند الولادة ، ثم نور مراعاة النظافة
- حذر الكثير من الأطباء من غسل الطفل بعد الولادة ورأسه إلي أسفل ، لأن الماء الذي غسل جسمه سوف يستقر في عينيه .

- أجمع الأطباء على ضرورة وضع قطرة تحوي على مضاد حيوي في العينين بعد الولادة مباشرة ولعدة أيام.
- حماية الطفل من الإصابة بالأمراض المختلفة ، بإبعاده عن أماكن التلوث بالميكروبات والقاذورات والذباب.
- مراقبة الطفل أثناء اللعب ، وإبعاده عن مواطن الخطر ، والمواد الكيميائية.
- يجب تدريب وإرشاد الأمهات على أصول التعليم والتربية لهذه الفئة بما يساعد علي جعل الطفل يحيا بسعادة (الكثيف أو ضعيف البصر) ويتابع نمو الثقة في نفسه في عالم الأشياء والأفكار والناس.
- إن اكتشاف الحول مبكرا من أهم وسائل علاجه ، ويجب زيادة الوعي الصحي عنه ، وحث الأسرة علي سرعة استشارة الطبيب عند مجرد الشك في وجود الحول.
- أن تقوم المدرسة بالكشف الدوري علي الأطفال كل عام ، وكذلك الأسرة.
- عدم استشارة أخصائي النظارات بدلا من طبيب العيون ، لأن خبرته تنحصر في قياس قوة البصر وعمل النظارة الملائمة.
- إذا كان الطفل يستعمل نظارة يجب علي الأهل مراقبة الاستعمال الدائم لها ، مع تشجيع الطفل علي المحافظة عليها والافتخار بها أمام الآخرين.
- عدم السحرة من الطفل إذا كان يستخدم نظارة سمكة.
- أن يكتسب ضعيف البصر سعة من الخبرة ، والعمل علي تنمية الميول إلي الأعمال غير البصرية ، حتى لا يستعين بعينه كثيرا.
- أن يجلس الطفل في صفوف أمامية خاصة لضعاف البصر.

- تحديد درجة البصر بدقة ، مع استعمال أنواع خاصة من الوسائل مثل الطباعة ذات الخط الكبير ، والأوراق غير اللامعة ، والآلات الكاتبة الخاصة ، والكتب للناطق ، والمسجلات والإذاعة.
- أن تقوم المعلمة بتدريب ضعاف البصر علي الحركة داخل الفصل.

العلاج:

يوجد الآن ما يعرف باسم " طب عيون الأطفال " يهدف إلي الكشف علي عيّن الأطفال وعلاجهم بالأنوية والجراحة ، وتتمثل أساليب العلاج في:

- العلاج الفوري: حيث تستخدم المضادات الحيوية في علاج الأمراض قبل أن تمتد الإصابة إلي قرنية العين ، التي قد ينتج عنها قرحة القرنية وهي أساس المشاكل في مصر.
- العلاج بالوسائل البصرية: أي النظارات الطبية ، وتستخدم في علاج حول وقصر النظر ، وفي علاج الحول الذي غالبا ما يكون سببه طول في النظر. وقد يحتاج الطفل إلي بعض التمرينات البصرية في عيادات متخصصة للحول.
- العلاج بالجراحة: يستخدم في علاج عتات القرنية ، وذلك بترقيع القرنية.
- العلاج بأشعة الليزر: وهو أحدث العلاج الطبي في علاج العيون ، وقد استعاض عن العلاج بالجراحة في العديد من أمراض العيون. (محمد أيوب).

توجيه تربية ورعاية وتعليم المكفوفين

تغيرت تربية المعوقين بصريا في الوقت الحاضر عما كانت عليه في الماضي ، وشمل هذا التغيير أهداف وأسس تربية هؤلاء المعوقين ، وكذلك المناهج وطرق التدريس ، ولم يستطع المكفوفين تعلم القراءة والكتابة قبل القرن الثاني عشر الميلادي ، ولعل أقدم مؤسسة تعليمية هي جامعة الأزهر التي أُنشئت عام ١٩٧٠ في مصر (Research في نادي عزيز ، وأحمد خليل).

ولقد اهتمت الثورة بتعليم المكفوفين بجميع مراحل التعليم الابتدائي والإعدادي والثانوي ، ولأول مرة عام ١٩٥٨ تقدم للتلاميذ المكفوفين لامتحان الشهادة الابتدائية ، ثم تقدم الناجحون منهم لامتحان الشهادة الإعدادية لأول مرة عام ١٩٦١ ، ثم تقدم المكفوفون لامتحان الشهادة الثانوية العامة عام ١٩٦٤ ، وكان عددهم عشرة طلاب فقط (المرجع السابق).

ولقد أخذت هذه الرعاية ، في بداية الأمر ، صورة إنشاء مؤسسة خاصة داخلية يلتحق بها المعوقين بصريا ، حيث تقدم لهم الرعاية الطبية ، والتربوية ، والنفسية ، والاجتماعية ، يقوم بها أفراد متخصصون ، واستمر ذلك حتى بداية القرن العشرين ، إلى أن نادي بعض المختصين والمهتمين باستخدام أسلوب أو أساليب متعددة.

والهدف من البرامج التربوية والإرشادية للمعوقين بصريا ، طرق تنظيم تعليم وتربية المعاقين بصريا ، وهناك أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

١ - مراكز الإقامة العامة للمعوقين بصريا.

٢ - مراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصريا.

٣ - دمج المعوقين بصريا في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.

٤ - دمج المعوقين بصريا في الصفوف العادية في المدرسة العادية. ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصريا ، ومبرراته ، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصريا ، تعليم وتدريب المعوقين بصريا علي عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة الحركة Mobility ، ومهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل Braille Method ، ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة العدد الحسابي Optician Abacus ، ومهارة الاستماع Listening Skills ، ومهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية Renaining Sight. (فاروق صادق).

و قد تضمن ذلك في نص القرار الوزاري رقم ١٥٦ بتاريخ ٢٤ / ٩ / ١٩٦٩ في شأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة للتلاميذ المعوقين ، تقصر حواسهم أو عقولهم أو قدراتهم البدنية علي متابعة التعليم في المدارس العادية ، ويكون الغرض منها توفير الخدمات التربوية ، والتعليمية ، والاجتماعية ، والصحية والنفسية في مراحل التعليم للعام التي تحددها الوزارة ، ولضيفت أهداف خاصة تتعلق بالمكفوفين هي:

- تحقيق النمو المتكامل لجميع جوانب شخصية الطفل المكفوف.
- تأهيل المكفوف لأخذ دوره في المجتمع ، وذلك بتزويده بالقدرة المناسبة من المعرفة والثقافة.
- تأهيل المكفوف تأهيلا مهنيا.

- إكساب الكفيف حب العمل اليدوي واحترامه.
 - المعالجة في علاج الآثار النفسية التي تتركها الإعاقة للكفيف.
 - تدريب الكفيف على الحركة والانتقال.
- وفيما يلي عرضاً لأساليب وطرق (برامج) رعاية المكفوفين بصريا (مراحل تطويع المكفوفين في مصر):
- ١- نظام المؤسسات أو المعاهد الخاصة:

في عام ١٨٧٠ أنشئت أول مدرسة للمكفوفين في مصر ، وكانت عبارة عن مؤسسة لإيواء ورعاية الأطفال المكفوفين ، وليست مدرسة بمفهوم التربية الخاصة. حيث يقوم مدرسون ثم إعدادهم خصيصاً بتعليمهم ، مع توفير برامج أو مناهج خاصة بهم. ثم تطور هذا النظام حتى عام ١٩٥٨ عندما شيدت أول مدرسة إعدادية للمكفوفين في مصر ، ودخل التلاميذ المكفوفين لامتحان الشهادة الإعدادية عام ١٩٦٢ / ٦١ ، ثم دخل أول تلاميذ مكفوفين امتحان الشهادة الثانوية العامة للمكفوفين عام ١٩٦٤ ، ومن ثم تمكنوا مواصلة دراستهم بالكليات والمعاهد العليا.

ويلتحق بهذه المدارس الأطفال المكفوفين في سن ٦ ، ٧ ، ٨ سنوات ، بعد إجراء الفحوص الطبية اللازمة لهم ، ومدة الدراسة ست سنوات بالابتدائية ، والإعدادية ثلاث سنوات ، والثانوية ثلاث سنوات. وبعض هذه المدارس داخلية ، والبعض الآخر يتبع النظام الخارجي. ولكلا النوعين مزاياه وعيوبه (محمد عبد المؤمن ، 1950 Jonson ، حبراء اليونسكو ، ١٩٧٩).

٢- نظام الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية:

استند هذا الأسلوب إلى فلسفة مؤداها ، أن إلحاق المعوقين فسي فصول خاصة بالمدارس العادية ، يتيح إمكانية مواجهة حاجاتهم الخاصة التي تتمثل إلى حد كبير ، ويقوم برعايتهم فيها مطعون حصلوا على تدريب خاص في المجال ، كما تقدم لهم برامج معينة تناسب حاجاتهم ، وفي نفس الوقت فإن هذا الأسلوب يساعد هؤلاء الأفراد على النمو الاجتماعي بصورة أفضل ، ويرفع من مستوي تقديرهم لذواتهم حيث يتيح لهم فرص التفاعل مع أقرانهم العاديين ، سواء خلال فترات الراحة أو الحفلات والمناسبات الترفيهية (جوسكن ويكر ، في عهد العزيز الشخص) ، كما رأي البعض أن هذا الأسلوب يعد أقل تكلفة ، كما أن المعلمين غالباً ما يكونوا في مستويات متماثلة ، فليس ثمة فرق بين من يعمل منهم في الفصول العادية وزملائهم الذين يعملون بالفصول الخاصة ، كما يتيح هذا الأسلوب فرصة اشتراك فئات مختلفة من المعلمين في رعاية المعوقين بصرياً ، سواء من المتخصصين ذوي المؤهلات العالية أو من المساعدين المدربين ، بالإضافة إلى الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمدرسة (خبراء أليونسكو ، المرجع السابق).

وقد ساد هذا الأسلوب في رعاية المعوقين بصرياً خلال الستينات والسبعينات من هذا القرن ، إلا أنه تعرض لأوجه نقد كثيرة ، حيث أن من يلتحق بهذه الفصول يعتبر من لفئات الحاصة ، وبالتالي يصعب دمجهم في الحياة العادية بعد ذلك (Jonson, 1969) ، وأثبت ذلك عبد العزيز الشخص في دراسته التي أوضح فيها أن هذا الأسلوب لا يمثل أي نوع من الدمج ، حيث غالباً

ينقسم المبني المدرسي الذي يضم فصولا للمعوقين بصريا أو غيرهم إلى قسمين ، بل قد يتم فتح بابا خاصا لهؤلاء التلاميذ حتى لا يحتكون مع أقرانهم العاديين أثناء الحضور أو الانصراف ، كما يتم تخصيص وقتا معينا لراحتهم (فصحتهم) يختلف عن ذلك المحدد لأقرانهم العاديين ، وبالتالي فإن هذا الأسلوب يعتبر أسلوب عزلي في جوهره.

ثالثا: نظام الفصول العادية (الدمج الكلي):

طبق نظام الدمج Mainstreaming بعد السبعينات ، بهدف تعليم المعوقين وتدريبهم وتشغيلهم مع أقرانهم العاديين ، حتى يقضي المعوقون أطول وقت ممكن في الفصول العادية ، مع إمدادهم بالخدمات الخاصة عند الضرورة ، وهذا يتطلب تعديل البرامج الدراسية بحيث تواجه حاجات هؤلاء التلاميذ ، مع إمداد الفصل العادي بما يحتاج إليه. وقد ظهرت أدلة تؤكد نجاح عملية الدمج ، إلا أن عبد العزيز الشافعي (١٩٨٧) قد أوجز عوامل معينة يجب مراعاتها كي تتم العملية بنجاح ، أهمها تغيير اتجاهات التلاميذ العاديين نحو أقرانهم المعوقين ، وتغيير اتجاهات العاملين في المدرسة مع جميع التلاميذ رغم اختلاف حاجاتهم ، وإنشاء غرف معينة ملحقة بالمدراس العادية يطلق عليها غرفة المصادر Resource Room يعمل بها معلم أو أكثر من المتخصصين في مجال التربية الخاصة ، لتقديم الخدمات اللازمة للمعوقين الملحقين بفصول هذه المدارس.

أنواع (برامج) التأهيل للمكفوفين:

يقدم المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين برنامج يهدف إلى تحقيق الأهداف التالية:

أولاً: التأهيل المعرفي:

يعنى هذا البرنامج بالأمور التالية:

- تنمية مهارة الانتباه والتركيز.
- تنمية مهارة الاسترجاع والتذكر.
- إكساب الطفل القدرة على فهم بعض العلاقات المرتبطة بالزمان والمكان.

- تنمية مهارات التصنيف والترتيب والتنظيم والعد.

- تنمية القدرة على التفكير وحل المشكلات.

- تنمية إدراك الطفل لبعض عناصر البيئة.

- تنمية إدراك الطفل للعلاقة بين الكلمة ومعناها.

ثانياً: التأهيل الحسي:

ويتضمن هذا الجانب الإهتمام بالعوامل الآتية:

- تدريب حاسة السمع.

- تدريب حاسة الشم.

- تدريب حاسة اللمس.

- تدريب حاسة الذوق.

ثالثاً: التأهيل الحركي:

ويصل هذا الجانب من التأهيل على:

- مساعدة الطفل على التخلص من بعض اللزمات الحركية (سقوط

الرأس - انحناء الظهر - ضعف عضلات الأرجل).

- تدريب بعض العضلات الكبيرة والصغيرة للطفل.

- تحسين بعض المهارات الحركية.

رابعاً: التأهيل الاجتماعي:

ويهدف هذا الجانب التأهيلي إلى:

- التدريب على بعض مهارات خدمة الذات.

- اكتساب بعض القيم الاجتماعية.

- تشجيع الاتصال الاجتماعي للطفل مع الأطفال الآخرين.

- اكتساب بعض أداب المعاملة.

- اكتساب بعض أداب المائدة.

خامساً: التأهيل النفسي:

ويصمى هذا التأهيل إلى:

- تشجيع الاستقلال الذاتي للطفل والاعتماد على النفس.

- تحسين ثقة الطفل بنفسه.

- تشجيع تحمل الطفل للمسؤولية.

- تنمية سلوك الإيجابية والمبادرة عند الطفل.

- إكساب الطفل عادة المثابرة.

- تشجيع تعبير الطفل عن السعادة والسرور أثناء المشاركة في الأنشطة.

- مساعدة الطفل على التكيف مع الإحباطات والمخاوف اليومية.

سادساً: التأهيل اللغوي:

ويهدف هذا الجانب التأهيلي إلى:

- تنمية قدرة الطفل على التعبير اللفظي.

- تنمية قدرة الطفل على التبادل اللفظي.

- تنمية قدرة الطفل علي الاستمتاع والسرد لقصة أو أغنية بسيطة.
- تنمية القدرة علي النطق السليم.
- تنمية القدرة علي متابعة الحوار والمناقشة.

ويلاحظ أن هذه الأهداف الفرعية التي تضمنتها جوانب البرنامج اعتمدت علي الترجمة السلوكية ، من خلال المواقف التي تحتوي علي إجراءات عملية يقوم بها المرشد ، بالاشتراك مع أطفال الحضائنة المتعاملين مع البرنامج ، بحيث يتم التفاعل والتكامل لتحقيق البرنامج علي وجه العموم. (ميد صبحي).

سابها: التأهيل الطبي:

ويقصد به استعادة لقصي ما يمكن توفيره من قدرات بدنية ، مثل حالات بتر الأطراف ، ويكون تأهيلها طبيا هو إمداد المصاب بالأطراف الصناعية ، بعد جراحة البتر ، ثم تدريب عضلاته علي تحمل الطرف الصناعي وتدريب توازنه العصبي العضلي ، علي كيفية استخدام الطرف في شئون الحياة العادية ، وكذلك مثل إمداد ضعيف السمع بجهاز تقوية السمع بتدريبه علي استعماله ، وكذلك إعداد ضعيف البصر بالعصا الطبية إلي غير ذلك من علاجات طبيعية وجراحية ، في سبيل إعادة الإنسان أقرب ما يكون إلي الصلاحية لممارسة حياته الاجتماعية والمهنية ، في إطار خطة مرسومة لمستقبل المصاب (إسماعيل شرف).

خطوات التأهيل المهني للمكفوفين:

- ١- الفحص الطبي الشامل.
- ٢- بحث الحالة للشخصية والاجتماعية.

٣- التعرف على مهارات وخبرات التكيف ومستواه الثقافي وقدراته الخاصة.

٤- التعرف على طرق التكيف في تحقيق التوافق والتكيف.

٥- توجيهه إلى المهنة المناسبة في ضوء الخطوات السابقة.

٦- تعاون فريق العمل المتمثل في المدرسين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والطبيب والأسرة والمدرسين .

٧- التعرف على الحالة الأسرية والاجتماعية له ، لينشئ تحديد نسوع الإقامة ووسيلة المواصلات المناسبة له .

٨- تحليل العمل بهدف معرفة متطلبات المهنة من مهارات ، وقدرات حتي يمكن وضع التكيف في العمل المناسب له.

٩- توجيه التكيف للمهنة للصالحة المناسبة له .

١٠- مساعدته على التكيف النفسي والاجتماعي في مهنته أو مجال عمله.

١١- متابعته المستمرة.

ثالثاً: التوجيه والإرشاد في مجال الإعاقات العقلية

الاتجاهات نحو المتخلفين عقلياً:

كثيراً ما يضيق المتخلف عقلياً موقف الأهل منه وموقف المجتمع وموقف المدرسة ، ففي كل الأطراف غلبة لموقف من يعطف عليه لضعفه ، أو من لا يريده ، أو ينكره ، أو يستغله ، ويؤدي ذلك لدى المتخلف عقلياً نوع من نطقه بالآخرين ، ويغلب فيه أنه يميل إلى أحد الطرفين: التبعية أو الكره والعداونية (نعم الرقاعى).

هذا ويضيق المتخلف عقلياً موقف المدرسة واتجاهها منه ، حين يكون مع الآخرين ، وذلك بسبب من تشغال المعلم بمن هو في مستوى المتوسط ، أو ما يقرب منه ، ومن في مستوى أعلى من ذلك ، ويؤدي الإهمال إلى مزيد من الضعف في الإفادة من جو المدرسة ، ومن هنا غلب وضع المتخلفين عقلياً في مدارس خاصة.

أما من يكون التخلف العقلي شديداً لديهم ، فلا مفر من وضعهم في مؤسسة تربية من نوع خاص ، إذ تكون المهمة الأولى عندئذ تكوين بعض العادات لديهم ، مما يلزمهم في الاعتماد على أنفسهم في حاجاتهم الأساسية ، ولا ينبغي ذلك في الحاليين وجود برامج تلزم في الدمج الاجتماعي للمتخلف عقلياً ، وتلزم تعديل الاتجاهات نحوهم.

أولاً: الاتجاهات الأسرية والوالدية نحو المتخلف عقلياً:

تعتبر الأمرة المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تلعب الدور الأساسي في تربية النشء ، وتلقونه القيم الأخلاقية والمعلومات المتنوعة التي تساعد على تكوينه وتحديد معاملته مع الآخرين.

ومن المعروف أن الطفل المتخلف عقلياً لديه قصور جسمي وتنفاني وعقلي ، لا يمكنه من تحديد علاقاته وقيمه دون الاعتماد الأكيد

علي أسرته التي توجهه بصورة مباشرة وغير مباشرة ، حتى يكتسب خلال فترة رمنية معينة الخبرة والقدرة العقلية التي تؤهله للاعتماد علي نفسه والتعامل مع الآخرين بإيجابية.

ويذكر عادل الأشول (١٩٩٣) أن الطفل المتخاف يحي ضغوط متعددة وجميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة له ، والقلق علي مستقبله وحياته القادمة ، وعادة يفرض أعباء أكثر علي الأسرة داخل المنزل أو خارجه مما يزيد من الإحساس بالضغط النفسية لوالديه.

وقد تهتم بعض الأسر اهتماما كبيرا بأطفالهم المتخلفون عقليا ، فقد تنفرغ الأمهات لرعايتهم والعناية بهم ، وقد يكون وجود مثل هذا الطفل سببا في استنزاف ميراثية أسرته ، خاصة إذا تصوج الأب أو الأم من إلحاق طفله مركز للرعاية الحكومي ، والحاقه بإحدى المؤسسات الخاصة ، مما يشكل نوعا من الضغوط المادية علي الوالدين.

وقد تحتفظ بعض الأمهات بأطفالهم المتخلفين عقليا وهم صغار ولكن عندما يكبروا تكبر معهم حاجتهم ، وتتعد مشاكلهم ، حينئذ يعجزون عن رعايتهم وتلبية مطالبهم ، ويستسلمن للأمر الواقع ، ويحاولن إلحاقهم بأحد مراكز الرعاية بعد أن يكونوا قد تعودوا الكسل ، واكتسبوا عادات اجتماعية كثيرة ، وزادت مشاكلهم كما وكيفا ، وأصبح علاجهم وارشادهم صعبا ، ورعايتهم شاقة تستغرق وقتا وجهدا كبيرا لتعديل ما أقسده الأمهات أو الأباء بالتخلي والعطف الزائد ، أو الإهمال والنبد ، نتيجة ما يشعرون من ضغوط نفسية واجتماعية مما يؤخر عملية تعلم وتأهيل وتدريب هؤلاء الأطفال علي السلوك الاجتماعي المقبول ، وقد أوضح ليشر Lichter, E أهمية خلق الظروف الإيجابية والمناخ الثابت نسبيا من الناحية العاطفة والانفعالية داخل أسرة المتخلف

عقلياً من أجل إشباع حاجاته الخاصة ، وأن تتأكد الأسرة جيداً من أن للطفل المتخلف عقلياً غالباً ما يميل إلى الانفعال مواءم لفعالية مشحونة في محيط الأسرة ، أثناء إشباع حاجاته ، مما يجعله غير مستقر انفعالياً.

وتتنوع اتجاهات الوالدين والأسرة نحو الطفل المعوق ، إما بالإيجاب أو السلب ، والتي ظهرت في العديد من الدراسات المختلفة. وقد أوضح كيرك وجلانجر (في جمال حمزة ١٩٩٣) مشيراً أنه لو أن أي شخص منا وضع نفسه كلب أو كأم لطفل معوق ، فإنه سوف يقدر مدي الأم والصديق والباس الذي يمثل جزءاً لا يتجزأ من وجود طفل معوق في الأسرة ، كما أنه سوف يتحقق من درجة الحاجة للسند الخارجي اللازم تقديمه لوالدي الطفل المعوق للاحتفاظ بتوازنهما في هذه الظروف المعوقة لحياة الأسرة ، وأضاف أن معظم الآباء ، ممن لديهم طفل معوق ، يواجهون لزميتين أساسيتين:

الأزمة الأولى: والتي يسميها كيرك وجلانجر بمطام من الموت الرمزي ، حيث يبدي الوالدان لو أحدهما شعوراً بأن الطفل المعوق قد يكون عنده أفضل من وجوده. وأن وجود طفل معوق مخيب لأمال الوالدين ومحبط لهما في تحقيق أهدافها في عملية الوالدية يوماً بترتب على ذلك من ظروف محبطة.

الأزمة الثانية: وهي تتعلق بمشكلة توفير الرعاية اليومية ، حيث يسدر أن تكون للأبوين خبرة بتشئة الأطفال المعوقين.

وقد أشار عدل الأثول (١٩٩٣) أن أهم الاستجابات للوالدية وردود أفعال الأمهات والآباء الشائعة عندما يظهر عندهم طفل متخلف عقليا (في رأي أصحاب التطويل النفسي):-

١- القلق ، الشعور بالذنب والإحباط ، واليأس والعجز عن مواجهة الموقف.

٢- التشكك في التشخيص.

٣- الاعتراف بتخلف الطفل دون تبصر بإعادة المشكلة.

٤- التبصر بمشكلة الطفل وقبول تخلفه والسعي إلى تعليمه وتأهيله.

وأوصى بأنه يجب على المرشد النفسي التعامل مع الميكانيزمات الدفاعية للوالدين ، في عملية الإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين والتي من أهمها:

- مواقف الحيرة والتذبذب.

- اليأس.

- الإحباط في الحماية.

- الرفض والتبرير.

- الإهمال (عدل الأثول ١٩٩٣).

وقد جاءت الدراسات السابقة المتعددة التي تتعلق باستجابات الوالدين ، بخلاصة عامة أوضحها كاتر Kanner من وجود ثلاث أنماط للاستجابة الوالدية نحو التخلف العقلي:

١- الاعتراف بالواقع العقلي: حيث تتقبل الأسرة أن طفلها متخلف

عقليا ، وتبدأ بالفعل في تعديل أسلوب حياتها بما يتلاءم مع حاجات الطفل المعوق ، وتوفر له كافة أساليب الرعاية اللازمة ولا تنسئ

في ظل هذا الواقع حق أطفالها الأسوياء ، كما أنها لا تتعزل اجتماعيا بل تستمر في حياتها الاجتماعية العادية.

٢- إتكال الواقع: حيث تستمر الأسرة في إنكار أن طفلها متخلفا عقليا ، برغم تأكيدها من العديد من المتخصصين ومن كافة المقاييس النفسية التي توضح ذلك ، وكثيرا ما تلجأ الأسرة إلى استخدام التبريرات المختلفة في قصور طفلها المعوق سواء في سوء تكيفه الاجتماعي أو في انخفاض مستوى التحصيلي.

٣- عجز كامل عن مواجهه الواقع الفطري: هنا يأتي الرفض التام ، والإنكار التام من وجود أية علاقة عند طفلهم ، ودائما ما يؤكدون لأنفسهم وللغير بأن طفلهم سليما وعاديا.

وهكذا تتنوع وتتعدد نتائج الدراسات التي توضح اختلاف استجابات الأسرة والوالدين تجاه طفلهم المتخلف عقليا.

- فجاءت دراسة Abmoutch عن تأثير وجود طفل متخلف عقليا داخل الأسرة على التفاعل بين الأخوة داخل المنزل ، ويختلف هذا التفاعل باختلاف ترتيب الطفل المعوق بالنسبة لأخواته وأيضا باختلاف الجنس.

- وقام جمال مختار حمزة بدراسة عن استجابات الوالدين للإعاقة العقلية لدى الآباء ، ومدى تأثيرها على نوعية الرعاية والمعاملة التي يحظى بها الطفل من والديه ، وأسفرت النتائج عن شعور الوالدين بالحزن وخيبة الأمل والألم والضيق واليأس من وجود طفل معوق في الأسرة ، كما أثبتت النتائج مدى الشعور بالمسئولية الذاتية ، والأخلاقية ، ومنها المراقبة الداخلية ، والمحاسبة للذاتية وللشعور بالواجب الاجتماعي والقدرة على تحمل الطفل المعسوق

والقيام بهذا الدور ، وعن شعور الوالدين بالمسئولية الاجتماعية وضرورة المقابلة وبذل الجهد المستمر تجاه الطفل المعوق.

- دراسة قام بها جويريم وآخر Gubrium لمقارنة مشاعر الآباء والأمهات نحو أطفالهم المتخلفين عقليا ، وجاءت النتائج لتعبر عن اختلاف تقييم الآباء عن الأمهات لصدمة وجود طفل متخلف من الناحية المادية ، وكان تقييمهما للخدمات من الناحية العاطفية واضحا لدي الأمهات أكثر من الآباء ، حيث استند الاضطراب الانفعالي لدي معظم الأمهات.

- وأيدت هذه النتائج ما جاء في دراسة ستون Stone ، من إصابة الأمهات بالصدمة عند سماعهم بأن طفلهم متخلف عقليا ، وتذكرت كل أم مجموعة من الانفعالات أهمها: الشعور بالذنب والشعور برفض الطفل ، بجانب الشعور بالضيق والغضب إلى الحد الذي وصل شعور بعض الأمهات بقتل الطفل ، لو وضعته في مؤسسة، بينما انخفض شعور الآباء برفض الطفل المعوق عن الأمهات.

- كما أجريت العديد من الدراسات عن اتجاهات الوالدين نحو طفلهم المتخلف عقليا وسلوكهم التكيفي والتوافقي داخل الأسرة نذكر منها دراسات (1981) Kifune, (1979) Nemroff & Esther

(1984) Strima, (1983) Nieves & Ricasta,

سيد الكيلاني (١٩٨٦) ، وأسفرت النتائج لهذه الدراسات في

مجموعها:

١- الارتباط الإيجابي بين التوافق الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقليا وبين الاتجاهات الوالدية الخاصة بتقبل هؤلاء الأطفال.

- ٢- الارتباط السليبي بين الانحرافات السلوكية للأطفال المتخلفين عقليا وبين الاتجاهات الوالدية الخاصة بتقبل هؤلاء الأطفال.
- ٣- التأثيرات السلبية للإهمال والرفض والنبذ من قبل الوالدين على سلوك أطفالهم المتخلفين عقليا.
- ٤- أصعبت العديد من الأمهات رعاية زائدة لطفلها المتخلف ، بجانب رعايتهم رعاية كاملة لأطفالهم العاديين ، وعاشت الأمهات حياة طبيعية.
- ٥- أولت بعض الأمهات اهتماما خاصا بملابس أطفالهن المعوقين لنقل من مظهر الانحراف لدى الأطفال.
- ٦- أوضحت بعض الأمهات استيائهن عن مراحل تطور المتخلفين المختلفة بونبذ الأقارب لهم ، خاصة في فترات المراهقة.
- ٧- أوضح بعض الآباء أن نظراتهم إلي أنفسهم يملأها الشعور بالنقص ، ويظهرون السلبية نحو طفلهم المعوق ، وقد يمتد شعورهم نحو طفلهم إلي اليأس والغضب والرفض.
- ٨- شعور بعض الآباء بالذنب والعدوان والرفض.
- ٩- تعاني أسر المتخلفين عقليا من أنواع مختلفة من الضغوط المتفاعلة ، وتأخذ هذه الضغوط شكل القلق تجاه طفلهم المتخلف عقليا.
- ١٠- كلما ارتفع المستوى الاجتماعي للأسرة كلما راد الرفض الأبوي والحماية الزائدة للطفل للمتخلف عقليا.
- ١١- يفضل الآباء الذين يتعرضون لضغوط مادية اقتصادية المعاهد التعليمية لأطفالهم المتخلفين عقليا.

ثانياً: الاتجاهات للمدرسية نحو المتخلف عقلياً:

نظراً لأن الطفل المتخلف عقلياً في حاجة إلى تعلم كيفية استخدام حواسه الجسمية ، لما يتصف به من ضلالة خبراته الحسية والإدراكية ، إذن فهو في حاجة إلى غرس المبادئ والعادات الضرورية لتنشأته تنشئة اجتماعية سليمة ، تشجعه على تمثيل الأدوار لأنها تنمي لديه التفكير والتخيل ، ومن الضروري أن يتعلم لنفسه وب نفسه ، وواجب عليه أن يتحمل المسئوليات التي تجعل منه فرداً في الجماعة وعضواً في أسرته ومجتمع ، ويلزم رعايته ومساعدته على كيفية اتخاذ القرار بحيث يصل إلى حلول لمشكلاته ، ويواجه المواقف الأسرية والمدرسية والمجتمعية التي تواجهه ، كل هذا يتطلب أن تقوم المدرسة والمعلمين بالدور الإيجابي بجانب دور الأسرة.

ولن يتم ذلك إلا في ضوء النظرة الشاملة والاتجاهات الإيجابية من قبل المعلمين والمدرسة نحو المتخلف عقلياً ، وقد جاءت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال بالعديد من النتائج منها ما قام به. Myern & Carr, (1975) Renton, (1978) Seperstein & Gattiel.

وكذلك ما قام به Koster & Kristine (1978) ، وصالح هارون (١٩٨١) ، Stainback (1982) وإبراهيم قشقوش (١٩٩١) ، وصبيحة فرج وجبلان القباني (١٩٩١).

وقد أجريت هذه الدراسات في مجملها عن اتجاهات المعلمين نحو المتخلفين عقلياً ، وعن تأثير وفاعلية تدريبيهم وعمل برامج تعليمية وإرشادية لهؤلاء المعلمين في فاعلية اتجاهاتهم نحو هؤلاء المتخلفين عقلياً ، وأسفرت النتائج عن الآتي:

- كانت هناك اتجاهات إيجابية أكثر نحو الأطفال للمتخلفين عقليا بدرجة شديدة.
- كانت هناك اتجاهات إيجابية أكثر نحو إدماج تلاميذ مستويات التخلف العقلي الشديد في فصول عادية.
- هناك ضرورة لإعداد وتدريب وإرشاد مدرسي ومدرسات التلاميذ المختلفين عقليا وتعديل أو صقل اتجاهاتهم قبل وأثناء ممارستهم لمهنة التدريس مع الأطفال من هذه الفئة (إبراهيم قشغوش ، ١٩٩١).
- أوضحت النتائج أن الإعداد التربوي يؤدي إلى زيادة إيجابية اتجاهات معلمي ومعلمات المتخلفين عقليا ، وإلى زيادة معلوماتهم التربوية حول أفراد هذه الفئة.
- فاعلية نظام اللورش التعليمية في تعديل اتجاهات معلمي المدارس العادية نحو المتخلفين عقليا ، وزيادة تقبل هؤلاء المعلمين للأطفال هذه الفئة.
- زيادة الاتجاهات الإيجابية لمعلمي ومعلمات للتربية الفكرية نحو المتخلفين عقليا بعد الإعداد التربوي لهم.
- وجود علاقة إيجابية بين اتجاهات المعلمين وعمر الطفل المتخلف عقليا.

تعليم ورعاية وتأهيل المتخلفين عقليا

إن أكثر الفئات التي تواجه صعوبات في التعليم هي فئات المعاقين بمختلف نوعياتهم سواء المعاقين بصريا ، أو سمعيا ، أو ذهنيا ، أو حركيا أو غيرهم ، نظرا للتأثيرات السلبية التي يمكن أن تتركها الإعاقة على نواحي كثيرة لدى المعاق ، نذكر منها القدرات العقلية لديه ، وإمكاناته للتعلم ، وقدرته على التحصيل الدراسي ، والتقدم من صف دراسي لآخر ، بجانب نواحي لتوافق النفسي والاجتماعي والتكيف مع الآخرين ، والانخراط في سلوك الآخرين ، والتي يظهر من خلالها مدى التأثير الذي تتركه الإعاقة على هذه النواحي ، ما لم تتدخل الأساليب التربوية الحديثة في مواجهة الآثار السلبية لهذه الإعاقة لعلاج الصعوبات التي يمكن أن تنجم عنها وخاصة صعوبات التعلم.

وهناك ضرورة للتصدي لمشكلة صعوبات التعلم لدى المتخلفين عقليا ، وإلى ضرورة بذل المزيد من الجهد لعلاجهم ، وتعليمهم وتأهيلهم لمواجهة الحياة الاجتماعية والاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه ، حيث بلغت نسبتهم إلى ٣ % من عدد السكان في المجتمع ، وترداد هذه النسبة ويمكن أن تصل إلى أكثر من ٧ % في المناطق الفقيرة ، والمزبحة بالسكان. وقد أجريت دراسات متعددة تناولت العديد من البرامج والتدريبات المختلفة في مجال رعاية وتعليم وتدريب المتخلفين عقليا ، وأوضحت للصعوبات التي واجهتها في هذا المجال ، ورغم ذلك ، فإنها تقدم ولاشك معلومات ذات قيمة لتعليم وتدريب المتخلفين عقليا ، وترشدنا إلى عما نتوقعه من تلك الفئة في ضوء خصائصها وما نتوقعه منها ، ففي كثير من المواقف يمكن للمتخلف عقليا أن يتعلم مثل السوي فهو يتعلم الاستجابة الشرطية ، ويميز ويتعلم

المواقف ، ويحل المشكلات ، ويتعلم تكوين المفاهيم أو الاستجابة اللفظية ، كما أنها دعوة صريحة أمام العاملين في مجال رعاية المتخلفين عقليا ، لإدراك أهمية العوامل البيئية ودور الحوافز ومستوى الصعوبة ، والتخرج من السهل إلى الصعب ، ومن المحسوس إلى المجرد ، والتدريب المناسب ، والتكرار وغيرها.

وتشير هدي برادة إلى أن البرامج التربوية الإرشادية تسهم بدور فعال ، إلى جانب أشكال الرعاية الأخرى في تأهيل الطفل المعاق عقليا وإعداده للحياة في مجتمع يستطيع أن يستغل قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ، كما يستطيع أن يشق طريقه في الحياة مع الآخرين ، معتمدا على ذاته.

وهناك مبادئ واعتبارات تربوية هامة ينبغي مراعاتها في التربية الخاصة للأطفال المعوقين وتتمثل في:

- البدء العام للتربية صوما وهو التعلم عن طريقة العمل.
- تنمية معلومات الطفل عن طريق الإدراك وتدريب الحواس المتعلقة بالبصر والسمع واللمس والذوق والشم وغيرها.
- أن تكون التعليمات اللفظية واضحة وبسيطة ، مع إعادتها من وقت لآخر.
- تشجيع المتخلف عقليا للقيام بالتعبير عن نفسه ، والتعليق اللفظي على الأشياء والصور والمواقف.
- ضرورة مراعاة الفروق الفردية حتى بين المتخلفين أنفسهم وأثناء التعليم الجماعي.
- أن يكون ترتيب المادة في المواقف منظما من المادي الحسي إلى المجرد ، ومن المعروف والمألوف إلى المجهول وغير المألوف.

- أن يكون تنظيم المادة من السهل إلى الصعب ، لكي توفر للمتخلف فرص النجاح ما أمكن.
- ربط الموضوعات ببعضها البعض في مجموعات طبيعية ، مما يجعل مضمونها أسهل فهما على الأطفال ، ويوصل على تقوية وتحسين ارتباط الأفكار بعضها ببعض.
- أن يكون التعليم وظوئيا ، أي أنه أثناء التدريب المهني ، يتعلم المتخلف بعض الحاسبات البسيطة التي يحتاجها.
- تقديم المادة على أجزاء وبالترتيب ، مع التأكد من نجاح التعلم في هذا الجزء قبل الانتقال إلى جزء آخر.
- العمل على جذب انتباه المتخلف عقليا إلى العلامات المنتمية في الموقف بطريقة مقصودة ، فقد يساعده ذلك على الانتباه للعلامات وربطها بالموقف.
- التنوع في استخدام أساليب تدريسية مختلفة ، مواد تعليمية متنوعة ، بحيث يستخدم المتخلف أكثر من قناة حسية واحدة.
- التنوع في المواقف والخبرات التي تتصل بتعليم مفهوم واحد من أجل تعزيز هذا المفهوم.
- التعزيز المستمر سواء التعزيز المادي بالمكافآت العينية والمادية ، أو اللفظي بالمديح والتشجيع.
- شعور الطفل بانتمائه داخل الفصل الدراسي ، ومساعدته أن يقدر مستواه بالنسبة لباقي زملائه في الفصل.
- التقبل الاجتماعي للطفل المتخلف عقليا.
- لا بد أن تتضمن تربية المتخلفين كل من التربية البدنية ، والفن ، والكلام ، والعمل اليدوي.

ولابد أن يراعي أن المتخلف عقليا يحتاج إلى ما يسمى بالتدريب والتدريس العلاجي والعمل على بعض الأداءات والمهام والأعمال الملائمة له ، والمتفقة مع قدراته المحدودة ، على أن يعتمد في أدائه لهذه الأعمال على نفسه بعد تدريب كافٍ عليها ، وبالتالي اعتماده على الآخرين بالتدرج ، وينجم عن ذلك أشياء كثيرة إيجابية مثل استقلالية المعاق عقليا ، ولو أنها نسبية ، وحدوث التكيف الشخصي له ، ويترتب عليه أيضا حدوث التوافق الاجتماعي مع الآخرين. وأن أسلوب التدريب العلاجي الجيد لهؤلاء الأفراد يتيح فرص إخراج إمكاناته وقدراته المحدودة ، والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

الصحة النفسية للمتخلف عقليا وبرامج التربية الخاصة:

تهدف البرامج إلى إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة تمكنه من استثمار ذكائه المحدود ، وإمكاناته ، وقدراته الخاصة بالفضل الطرق الممكنة وإلى أقصى حد ممكن ، ومساعدته على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي ، وإعداده مهنيًا لتحقيق التوافق الاقتصادي.

ولذا يجب مراعاة مبادئ الصحة النفسية في وضع برامج تعليم وتدريب وتأهيل المتخلفين عقليا والتي تشمل مناهجهم وطرق تدريسهم وأنشطتهم مع مراعاة ما يلي :-

- أن يراعى في تخطيط البرنامج التربوي أنواع النشاط التي تجعل الطفل نشطا في كل المواقف وتشجعه على الاستمرار في النشاط ، وتكون الأنشطة من النوع الذي يثير اهتمام الطفل ، مع تقديم الخبرات والمعارف الإنسانية المناسبة للطفل المتخلف عقليا ، بجانب خبرات القراءة والكتابة والحساب.

- ضرورة أن يتمشى البرنامج مع قدرات الطفل المتخلف عقليا وميوله وتدفعه إلى النجاح.
- أن تكون المواد العلمية والأنشطة مناسبة لهؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا حتى لا تسبب لهم إحباطات بسبب صعوبتها.
- يجب تقليل فترات العمل حتى لا يشعر الطفل المتخلف عقليا بالملل ، حيث يصعب على هؤلاء الأطفال تركيز انتباههم لفترات طويلة.
- ربط الدراسة باللعب ، حيث الاهتمام بالنمو الحركي واللعب كوسيلة تعليمية مناسبة لتلك الفئة من الأطفال ، أي الجمع بين اللعب والتسلية والرفاهية من ناحية ، وبين تصحيح إدراكهم بالأدوار الاجتماعية والأنشطة المختلفة ، فضلا عن اكتساب المهارات والخبرات والأدوار الاجتماعية عن طريق التمثيل الإدراكي.
- ربط الدراسة النظرية بالخبرة الحسية المباشرة للحية ، وذلك من خلال قيام الأطفال بأعمال وأنشطة يتعلمون من خلالها ، ويعني هذا ضرورة توفير بيئة مدرسية غنية متنوعة من الأنشطة والخبرات الحية ، بجانب زيارات ميدانية للتعرف على الطبيعة.
- تشجيع الأطفال على القيام وحدهم بالأعمال واعتمادهم على أنفسهم قدر الإمكان ، وتشجيعهم على زيادة العمل والإنجازات ، وتوفير المناخ الاجتماعي المناسب والمعاملة الحسنة.
- استعمال العبارات المشجعة التي تؤدي إلى شعور الطفل المعوق بالثقة في نفسه ، وتدفعه للعمل والنشاط ، وتجنب استعمال التوبيخ والوعيد وأسلوب العقاب والتوبيخ والتأنيب ، وكذلك تجنب العنف وإظهار مشاعر الضيق.

- تشجيع الأطفال المتخلفين عقليا الذين ينسحبون من الجماعة ولا يشتركون في أنشطتها ، وذلك عن طريق إتاحة الفرص لهؤلاء الأطفال والمواقف المختلفة التي يتمرن فيها الطفل على الأخذ والعطاء والتعاون مع الآخرين ، والتي تشعرهم بالتجاذب وإبراز شخصياتهم وتشجيعهم على تكوين علاقات اجتماعية.
- ضرورة توفر الصفات التربوية والشخصية في المربي الذي يتعامل مع الأطفال للمتخلفين عقليا من دراية وخدمة ، وطرق التعامل ، وحب المدرس وعمله.

أهداف برامج التربية والتأهيل للأطفال المتخلفين عقليا:

- التوافق الشخصي والانفعالي.
- التوافق الاجتماعي.
- الإحساس المهني.

متطلبات البرنامج التربوي للمتخلفين عقليا:

هناك إجراء مسبقة لوضع برنامج تربوي خاص:

- الفحص الطبي والنفسى والاجتماعى الشامل للطفل المتخلف ، بحيث يكون لكل طفل سجل خاص يتضمن كل البيانات اللازمة لتشخيص حالته ، ومتابعتها طوال فترة تأهيله في المؤسسات التربوية ، وتشمل نتائج اختبارات الذكاء واللفظ والكلام والتوافق الاجتماعى والشخصى للطفل دوريا.
- تنظيم الفصل الدراسي مع مراعاة تجانسه على قدر المستطاع ، كأن يحتوي الفصل على مجموعة صغيرة من الأطفال المتخلفين عقليا (٨-١٠ تلميذ) حتى يتمكن المدرس من مراعاة الفروق

الفردية ، ودراسة كل حالة علي حدة ، وتوجيه الرعاية الفردية اللازمة لكل طفل.

- ضرورة إعداد المعلم المتخصص في التربية الخاصة بالمتخلفين عقليا إعدادا تربويا ومهيا مناسباً ، لكي يستطع العطاء والمساعدة لهذه الفئة الخاصة من الأطفال ، علي أن تتوافر لديه الخبرة بخصائص نمو الطفل المتفوق عقليا ومشكلاته الانفعالية ، وأساليب رعايته التربوية والنفسية وطرق التدريس المناسبة ، وكيفية استخدام وسائل الإيضاح المعينة ، والأنشطة التي تتفق وقدرات التلاميذ المتخلفين عقليا.

- ضرورة تعاون كل المتخصصين: أطباء ، أخصائي نفسي ، أخصائي اجتماعي وتربوي ، معلم ، أخصائي عصبية ونفسية.

- توفير الأدوات اللازمة ، والأجهزة والمعدات بوسائل الإيضاح والتأهيل للمتخلف عقليا. (نعم الرفاص).

وبعد الانتهاء من ذلك يجب أن تتركز البرامج المعدة للمتخلفين

عقليا حول:

- ملاحظة الأشياء المحسوسة.
 - لمس الأشياء المحسوسة.
 - التعرف علي الصور وإدراكها.
 - التعرف علي بعض الرموز.
 - استخدام الرموز في عنيات مركبة بسيطة. (كمن مرسى).
- الاحتياجات التربوية اللازمة لتصميم برامج المتخلفين عقليا:**
- توفير الملاعب بمدارس المتخلفين عقليا ، وتوفير اللعب الحر الفردي والجماعي ، من أجل رفع روحهم المعنوية وإحساسهم بأنهم

أفراد لهم أهميتهم ، ومحاولة إصلاح الكثير من العيوب الجسمية
واثرائ الحركة.

- توفير المبني المدرسي المناسب لنوع الإعاقة ، مع توفير الأدوات
والجبهيرات المناسبة لتدريب وتأهيل المتخلفين عقليا.

- توفير الأدوات اليدوية ، وأدوات الزراعة ، والاقتصاد المنزلي التي
تنمي الأنشطة المتنوعة عدد التلاميذ.

- إعداد حجرات الدراسة إعدادا يلائم المتخلفين عقليا من حيث:

أ- مساحة الفصل ، حيث تنظم المقاعد علي مسافات واسعة علي
هيئة حدوة حصان ، بما يتيح رؤية المعلم لكل التلاميذ بسهولة.

ب- إضاءة كافية داخل الفصل لإمكانية ملاحظة المتخلفين عقليا
داخل الفصل لوجه المعلم ، لإدراك حركات الوجه والشفوتين أثناء
تحدث المعلم معهم.

ج- السبورات واللوحات الإضافية كمعينات أساسية للمعلم ، لتكوين
الحروف والأرقام لمراجعتها وتكرارها من وقت لآخر.

د- إعداد ملفات لكل طفل تدون فيها حالته ولكل ما يمكن ملاحظته ،
ونتائج المقاييس التي تطبق عليه ، للتصرف علي مشاكله ،
وتطورات.

علاج المتخلفين عقليا:

يتم العلاج علي مستويات:

أولا: العلاج الطبي Medical Therapy

توضح رابطة الطب النفسي علي أنه من خلال توفير الخدمات

المناسبة علي مدي زمني كاف يتحسن الأداء الشامل للمتخلف عقليا

بصفة عامة (Am Ass 1990)

وهو محاولة علاج الحالات التي يمكن علاجها خاصة التي تكون العوامل الوراثية فيها هي المحددة للتخلف العقلي ، وعندما يكون التخلف العقلي مصحوبا بأمراض جسمية ، وعلاج أي خلل في أعضاء الإحساس ، وعلاج حالات خلل إفراز الغدد الصماء ، وخلصمة الفدة الدرقية ، وقد يحتاج للجراحة في حالة الاستسقاء ، وللقشعر المخذرة لتسكين السلوك وازدياد النشاط.

ثانيا: التأهيل Rehabilitation :

وهي محاولة اكتساب الأطفال المتخلفين مهارات عملية ومهنية وتدريبهم على تنمية قدراتهم الاجتماعية ، وتدريبهم على النطق والكلام إذا اقتضى الأمر ذلك (تقنية الجابى).

ثالثا: العلاج التربوي:

يشمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة يمكن من استثمار ذكائه المحدود وإمكانياته بالفضل طريقه ممكنة ، ومساعدته على القيام بأي عمل مفيد يكتسب منه قوته ، وقد يستلزم ذلك تعليمه في مدارس التربية الفكرية بأساليب متخصصة تربوية علاجية مع فئة المالفون. (زهران).

ويشير كمال الدسوقي بأن الطفل المتخلف ليس مشكلة طبية فحسب ، بل هو مشكلة أسرية ونفسية وتربوية واجتماعية واقتصادية أيضا يؤثر البيت والمدرسة والجيران والنظام الاجتماعي في اطراد تحسنه أو تأخره ، مع أنه في الحالات التي يغلب على التخلف العقلي فيها عوامل البيئة هذه أو التي تم فيها تخلف العقل لدى الكبار ، يكون العلاج النفسي التأهيلي والتربوي هو الأجدى. كما أن التحول النفسي

للمشاكل الانفعالية لناقص العقل هو العلاج المفضل لتهيئة جو ملائم لتحسن المريض وإعادة توافقه بالآخرين.

إرشاد المعاقين عقليا:-

هناك عدة مبادئ أساسية في إرشاد الطفل المعاق عقليا:

١- أن الطفل المعاق عقليا هو طفل أولا قبل كل شيء ، ويجب التعامل معه من هذا المنطق ، أي أن له جميع مطالب واحتياجات الطفل العادي ، بالإضافة إلى ما تفرضه الإعاقة من متطلبات خاصة.

٢- أن للإعاقة العقلية معان مختلفة بالنسبة لكل طفل معاق ، حيث أن لكل طفل خصائصه النفسية رغم إعاقته ، كما أن له ردود أفعاله الخاصة.

٣- ضرورة تدريب الطفل المعاق عقليا على المهارات الأساسية للتكيف مع محيطه ، وإشباع أساسيات حاجاته ، حتى ندعم شخصيته. ونقوي دافعه الذاتي للنمو والتحسين.

٤- تشجيعه على اكتشاف جسمه ، ومعرفة أعضائه ، ووصف مشاعره وانفعالاته ، وتدريبه على التعبير عنها ، وتدعيم كل إنجاز يحققه مهما كان محدودا.

٥- إتاحة فرص الاكتشاف أمامه ، وتعزيز التعلم بالخبرة المباشرة ، وتأكيد مشاعر الإحساس بالأمن ، والبدء معه من حيث يستطيع ، فكل ذلك يحسن مفهومه عن ذاته.

٦- التشجيع المستمر للاعتماد على ذاته ، وتدريبه على تحقيق الاستقلالية ، واعتبار ذلك هدفا أساسيا في تربيته ، والاستفادة من قدراته مهما كانت محدودة في تحقيق مطالبه لنفسه.

٧- لا ضرر من أن يعاني الطفل المعاق عقليا بعض الشيء ، وإن ترتب على ذلك بعض الإحباط ، لأننا نعد الحياة ، وفي الحياة لابد أن يواجه تحديات ، أما إحباطه بحماية زائدة فلن يطور لديه استراتيجيات التعيش مع قصوره.

٨- مكافأة الطفل على أي تحسن في أدائه ، وعدم التركيز على مواطن ضعفه ، بل للتركيز على مواطن القوة لديه.

٩- تقديم المساعدة له عندما يكون في حاجة إليها فقط ، حتى نتيح له فرصة لتنمية مهارات الاستقلال ، وضرورة الإصغاء له وملاحظته جيدا كي نتعرف على احتياجاته.

١٠- عدم الاستخفاف بالطفل ، أو المخفية منه ، أو من الجهد الذي يبذله ، والتحلي بالصبر في التعامل مع أخطائه ، وتحمل صعوباته.

١١- الإعاقة لا تعني ترك الطفل يعمل ما يريد بلا مساعدة ، ولكن يجب تعويده تدريجيا على الإتيان بالاستجابات المناسبة.

١٢- الإخلاص والصدق في التعامل مع الطفل المعاق ، وعدم إيهامه بأنه لا يعاني من مشكلات عميقة ، أو إيهام وأهله بعلاج سحري ، أو بلمل خادع.

١٣- عدم الاستسلام لليأس ، ولنتذكر دائما أنه لا مستحيل مع الإخلاص والتصميم ، وأن الطفل سيتعلم ولكن بصعوبة ، وسوف ينمو ولكن ببطء.

مبادئ أساسية في إرشاد أسرة الطفل المعاق عقليا:

١- أن مشكلة الطفل المعاق عقليا هي مشكلة الأسرة كلها ، وعلي المرشد النفسي أن يتبنى اتجاهات واقعية نحو الأسرة ، وأن يتفهم مشكلاتها ، وهمومها ومشاغها الأخرى.

٢- التعرف على هوم أسرة الطفل المعاق من وجهة نظرهما ، لأن كثيرا من العلاقات المهنية بين الأخصائيين والأسرة تفشل مبكرا ، لأن المرشد عجز عن التعرف الصحيح على مطالب الأسرة الحقيقية.

٣- أن لا يفترض المرشد النفسي أن يفهم الطفل المعاق ومشكلاته أكثر من والديه ، حيث أن العلاقة للبقاء بين المرشد والأسرة تعود بفوائد إيجابية على الطفل ، والأسرة ، وعلى جهود المرشد ذاته.

٤- أن يعي المرشد النفسي أنه لا يتعامل مع مشكلات في فراغ ، بل مع مشكلات في بشر ، فقد تتشابه مشكلات الآباء ، ولكنهم يتوزعون في مستويات متفاوتة في مواقفهم من تلك المشكلات فهو لا يرفضها ، كما أنهم لا يستمرون في نفس المواقف من حيث القبول أو الرفض مع مرور الوقت ، فالمشكلة الإنشائية يختلف الإحساس بها حدة عبر الزمن.

٥- ضرورة التركيز على تحرير الوالدين من المشاعر السلبية ، وردود الأفعال المرضية ، لأن أي محاولة لتعديل وتنمية سلوك الطفل المعاق عقليا لن يكتب لها التحقق دون دعم الوالدين وتعاونهما

وهذا يستلزم أن يأخذ المرشد النفسي العوامل الانفعالية للأسرة في حساباته

٦- أن يأخذ المرشد النفسي في اعتباره ، أن أسرة الطفل للمعاق عقليا أسرة مأرومة نفسيا ، ولذا فلا بد من إتاحة الفرصة كاملة ودائمة أمام الوالدين للتعبير عن مشاعرهم ، وأن نحترم تلك

المشاعر رغم عدم منطقيتها مع توفير قدرًا من التعاطف مع ضعفهم البشري .

٧- مساعدة الوالدين على تبني أنماط تفكير واقعي ، وعلى قبول تقييم عقلائي ومرن للواقع ، والعمل على تطوير الممكن والمتاح ، وترشيد الطموحات الوالدية في ضوء أهداف واقعية وتنمية قدراتهم على تحمل الأخطاء والتعايش مع الصعوبات.

٨- تنمية مصادر مقاومة لضغوط النفسية ، والتي تساعد الأباء في الحفاظ على سلامتهم النفسية والجسمية أمام الضغوط ، وذلك من خلال تنشيط صلابة المبادأة ودعم روح التحدي وإشعار الفرد بقيمته وتنمية كفاءته واقتداره ورفع استعداده لتحمل المسؤولية.

٩- دعم الصلابة النفسية للوالدين كمتغير سوكولوجي يخفف من وقع الأحداث الضاغطة ، ودعم العوامل الاجتماعية المهمة في المساندة والتي تعمل كمعامل مخففة أو محللة ، أو واقية لضغوط الواقع.

١٠- مساعدة الوالدين على فهم واستيعاب الحقائق الآتية بشأن طفلهم :-

- (أ) فهم معنى الإعاقة في نطاق الحالة الخاصة لطفلهم.
- (ب) فهم درجة إعاقة طفلهم ، وما تعنيه في المستقبل .
- (ج) فهم قدرات وإمكانات طفلهم وحاجاته وصعوباته.
- (د) تقدير تأثير هذه الإعاقة على حياة الأسرة وعلى أخوته في الأسرة، وعليهم كآباء ، وعلى درجة توافق الأسرة مع جيرانها.
- (هـ) التمييز بين تخلف الطفل ، وبين سلوكه كحقيقتين مستقلتين ، وأن سلوك الطفل يمكن تعديله وتخفيف سلبياته بواسطة أساليب تربية

تروية مناسبة، بينما التخلف العقلي أمر لا نستطيع تغييره (شاكر
كندل).

هذا والله التوفيق

المؤلفة

قائمة المراجع

- علي الخطيب (١٩٧٨): دراسة كLINيكية لمدى فاعلية اختبار تفهم الموضوع TAT في تشخيص الهستيريا. ماجستير كلية التربية ، جامعة طنطا.
- سيد غنيم ، هادي برادة (١٩٦٥): التشخيص النفسي ، دراسات في اختبار رورشاخ. دار النهضة العربية.
- محمد للطيب (١٩٩١): مناهج البحث في علم النفس.
- صلاح مخيمر (١٩٧٨): في العلاج السلوكي. الأناجول المصرية.
- محمد الطيب (١٩٧٧): دراسة تحليلية مقارنة لتبيين مدى إمكانية تشخيص المصاب القهري باستخدام TAT .
دكتوراه كلية التربية ، جامعة طنطا.
- فيصل خير الزرارة (١٩٨٨): علاج الأمراض النفسية. دار العلم للملايين.
- اهتمام السطحية (١٩٩٧) : أثر استخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي والتعام بالملاحظة في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه ، دكتوراه كلية التربية. طنطا.
- مصطفى فهمي (١٩٦٧): علم النفس الإكلينيكي مكتبة مصر.
- جوليان روت (ترجمة) عطية هدا (١٩٨٤): علم النفس الإكلينيكي ، دار الشروق.
- أيمن جيرة (١٩٨٩): تكتيك المقابلة الإكلينيكية مع الأطفال. مجلة علم النفس ، (٩) الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- عبد الرحمن العيسوي (١٩٧٩): العلاج النفسي ، دار الفكر الجامعي.
- عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٧): العلاج السلوكي ، دار الفكر الجامعي.
- حامد زهران (١٩٨٠): التوجيه والإرشاد النفسي ، عالم الكتب.
- حامد زهران (١٩٨١): الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتاب.
- أنطوني ستور (ترجمة) لطفي لطيم (١٩٩١): فن العلاج النفسي: النهضة المصرية.
- لويس عليكة (١٩٨٠): علم النفس الإكلينيكي ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- مصطفى سويف (١٩٨٥): علم النفس الإكلينيكي ، تعريفه وتاريخه في مرجع في علم النفس الإكلينيكي. دار المعارف.
- هانز أيزنك (ترجمة) عبد الحليم محمود (١٩٨٥): التصنيف ومشكلة التشخيص في سيكولوجية المثنوذ. في : مرجع في علم النفس الإكلينيكي . دار المعارف.
- عطف ياسين (١٩٨٦): علم النفس العيادي . دار العلم للملايين.
- تقرير هيئة الصحة النفسية العالمية (ترجمة) زين العابدين درويش (١٩٨٥): دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مؤسسات الصحة النفسية: في مرجع في علم النفس الإكلينيكي ، دار المعارف.

- **مونتجو مري شابيرو (ترجمة) صلوات قرج (١٩٨٥):** متطلبات قيام علم نظامي للمريض النفسي ودلالات هذا العلم. في: مرجع في علم النفس الإكلينيكي. دار المعارف.

- **ليلى علمي (١٩٨٠):** دراسة لطبيعة اضطراب شكل التفكير لدى فئات وفصائية مختلفة ، ماجستير ، كلية الآداب. عين شمس.

- **نيلين زبور (١٩٧٩):** التبول اللاإرادي عند الأطفال ، دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.

- **فريدة السماحي (١٩٨٢):** تشخيص الاكتئاب عند الأطفال باستخدام CAT . ماجستير كلية التربية. جامعة طنطا.

- **شيهان شعبان (١٩٨٢):** تشخيص الرهاب عند الأطفال باستخدام CAT ، ماجستير كلية التربية ، جامعة طنطا.

- **لاجاش دانيال (ترجمة) صلاح مخيمر (١٩٦٥):** وحدة علم النفس ، الأنجلو المصرية.

- **ناريمان رفاعي (١٩٧٩):** دراسة لمستوي الحساسية عند العمليات بمقارنته عند البصرات. ماجستير ، كلية التربية . جامعة طنطا.

- **ابتهام السطحية (١٩٩١):** دراسة تشخيصية لاضطراب الانتباه عند الأطفال ، ماجستير ، كلية التربية . جامعة طنطا.

- زينب شفيق (١٩٩٠): دراسة كلينيكية مقارنة لبعض جوانب الشخصية للمرأة العاملة بكليات البنات بالمسعودية ، ومصر ، كلية التربية ، بطنطا ٨ (ب).

- مريمه شكري (١٩٩٣): الفروق في نمط السلوك (أ) لدى ثلاث فئات كلينيكية من المرضى الذكور الراشدين ، دراسات نفسية ، (٥) ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

- زينب شفيق (١٩٩٨): الحواجز النفسية وصورة الجسم والتخطيط للمستقبل لدى عينة من ذوي الاضطرابات السوماتوسيكولوجية ، المؤتمر الرابع عشر لعلم النفس في مصر.

- زينب شفيق (١٩٩٢): القيمة التنبؤية لبعض الحالات الكلينية المختلفة من الطماقنية النفسية والتقاليد والتشاور وقلق الموت. مجلة كلية التربية بطنطا ، (٢٣).

- زينب شفيق (١٩٩٩): دراسة مقارنة لبعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المصابين بالربو الشعبي من تلاميذ الحلقة الثانية من مرحلة التعليم الأساسي ، مجلة الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس.

- زينب شفيق (١٩٩٨): مقياس قلق الموت. النهضة المصرية.

- زينب شفيق (١٩٩٨): مقياس مواقف الحياة الضاغطة ، النهضة المصرية.

زينب شفيق (١٩٩٨): مقياس الاحتراق النفسي ، النهضة المصرية.

- زينب شفيق (١٩٩٨): مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ، النهضة المصرية.

- زينب شقير (١٩٩٨): مقاييس المعتقدات نحو الممرض النفسي ،
النهضة المصرية.

- زينب شقير (١٩٩٨): مقاييس صورة الجسم ، النهضة المصرية.

- زينب شقير (١٩٩٨): مقاييس الحواجز النفسية ، النهضة المصرية.

- زينب شقير (٢٠٠٠): مقاييس اضطرابات الأكل ، النهضة
المصرية.

- زينب شقير (٢٠٠٠): مقاييس المخاوف للأطفال ، النهضة
المصرية.

- زينب شقير (٢٠٠٠): مقاييس فقدان الشهية العصبي ، النهضة
المصرية.

- زينب شقير (٢٠٠٠): مقاييس الشراء العصبي ، النهضة المصرية .

- زينب شقير (١٩٩٩): أضواء على النفس الإنسانية من منظور
إسلامي ، مجلة كلية التربية بالمنوفية.

- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٠): العلاج النفسي الحديث . علم
المعرفة ، دار المعارف.

- محمد الطبيب (١٩٨٨): محاضرات في العلاج النفسي ، كلية
التربية ، جامعة طنطا.

- مصطفى فهمي (ب ، ت): الصحة النفسية ، مكتبة الخانجي.

- محمد الطبيب (١٩٨١): تيارات جديدة في العلاج النفسي ، دار
المعارف.

- **إبراهيم محمود (١٩٩١):** مدى فعالية العلاج الوجودي في شفاء الفراغ الوجودي واللامبالاة البائسة لدى الطلاب للفلسطين دراسيا ، دكتوراه ، كلية التربية - للزقازيق.

- **إسماعيل بدر (١٩٩١):** دراسة تجريبية لأثر العلاج بالمعنى في خفض مستوى الاغتراب لدى الشباب الجامعي ، دكتوراه كلية التربية للزقازيق.

- **زينب العليش (١٩٩٤):** مدى فعالية العلاج بالمعنى كأسلوب إرشادي في تخفيف بعض الاضطرابات السلوكية في مرحلة المراهقة ، دكتوراه ، معهد دراسات الطفولة ، عين شمس.

- **سيد عبد العظيم (١٩٩٦) :** مدى فعالية العلاج بالمعنى الوجودي وفنية للتغلب الداخلي في علاج الاكتئاب التساهلي لدى عينة من طلبة الجامعة. دكتوراه ، كلية التربية .
الينا.

- **سيد عبد العظيم (١٩٩٨):** أثر الإرشاد بالمعنى في خفض خواء المعنى لدى عينة من العميان. مجلة الإرشاد النفسي (٨).

- **لطفي لطيف (١٩٩٤):** العلاج النفسي الجمعي ، الأنجلو المصرية.
- **إلفريد مارتن (ترجمة) صلاح مخيمر (١٩٩٣):** تيارات في العلاج النفسي. الأنجلو المصرية.

- **سيد صبحي (١٩٨٨):** الإنسان وصحته النفسية ، المركز النموذجي ، القاهرة.

- **مجدي الشهاوي:** التنويم المغناطيسي بين الحقيقة والخرافة.

- عماد الدين سلطان: الطب النفسي.
 - أحمد عكاشة (١٩٩٨): الطب النفسي.
 - أكرم طاشمكندی: مجلة سينتي التتويج المغناطيسي ، هل يشفي من الأمراض ؟
 - محمد سعد حسين (١٩٧٦): العوامل النفسية المرتبطة بالعدوان وأثر النشاط الرياضي التنافسي في تعديلها. دكتوراه ، كلية التربية. الأزهر.
 - عصام عبد العزيز (١٩٨٦): المتغيرات النفسية المرتبطة بسلوك المراهقين العدوانيين ، وأثر الإرشاد النفسي في تعديله ، مجلة كلية التربية - سوهاج.
 - /أحمد مطر (١٩٨٦): دراسة العلاقة بين العدوان والعوامل البيئية ومدي فاعلية الإرشاد النفسي في تخفيف العدوان ، دكتوراه ، كلية للتربية - السويس.
 - صلاح عبود (١٩٩١): مدي فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة السلوك العدواني لدي طلاب الحلقة الثانية من التعليم الأساسي ، ماجستير ، كلية التربية - أسوان.
 - وفاء عبد الجواد وعزة عبد الفتاح (١٩٩٩): فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعيا. مجلة علم النفس ، (٥٠).
- الهيئة العامة للكتاب.

- زكية درجات (١٩٧٢): دراسة تجريبية للتغيرات التي تطرأ على الأطفال المشكلين اجتماعياً خلال فترة العلاج النفسي غير الموجه عن طريق اللعب. ماجستير. كلية التربية - عين شمس.

- فريدة السماعيل (١٩٨٨): دراسة مقارنة لأثر كل من العلاج الجماعي عن طريق اللعب وبرامج التدعيم الاجتماعي على سلوك وديناميات الأطفال الاكتئابيين ، دكتوراه. كلية التربية. طنطا.

- ملحت أبو زيد (١٩٩٨): الفروق بين ذوي العلاج الداخلي والعلاج الخارجي من معلمي السهريين ، مجلة الإرشاد النفسي ، ٨ (٦).

- عبد الوهاب كامل (١٩٩٩): مبادئ علم النفس . النهضة المصرية.
- عبد الحميد الهافسي (١٩٨٦): التوجيه والإرشاد النفسي ، ط ١ ، دار الشروق.

- سليمان الريحاني (١٩٨٧): الأفكار اللاعقلانية عند الطلبة الأردنيين وعلاقتها بالجنس والتخصص ، مجلة دراسات. عمادة البحث العلمي ، الأردن.

- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣): العلاج السلوكي متعدد المحاور ومشكلات الطفل ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- عبد اللطيف عمارة (١٩٨٥): العلاج للعقلاني الانفعالي لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلاب الجامعة. دكتوراه ، كلية التربية. عين شمس.

- عباس عوض وعزت الطويل (١٩٧٦): استراتيجيات الإرشاد

النفسي وتعديل السلوك الإنساني ، دار المطبوعات.

- محمد الشيوخ (١٩٨٦): أثر كل من العلاج العقلاني الانفعالي

والتحصيل المنهجي في تخفيف قلق الامتحان.

دكتوراه ، كلية التربية. جامعة طنطا

- محمد محروس (١٩٩٤): نظريات الإرشاد النفسي و"علاج

النفسي. دار غريب.

- مهدي أمين (١٩٩٢): مدي فاعلية استخدام أسلوب الإرشاد

الجماعي في تعديل السلوك للاتواقي لدى المعاقين

عقليا والمصابين بأعراض دوان من فئة القابلين

للتعلم ، مؤتمر الإرشاد النفسي الثالث ، الجزء

الثاني.

- السيد الجفدي (١٩٩٢): برنامج إرشادي مقترح لتعديل بعض

الانحرافات السلوكية المرتبطة بالمتغيرات

الأسرية والمدرسية لنوي الإعاقة السمعية ، مؤتمر

الإرشاد النفسي الثالث ، الجزء الثاني.

- راشد السهل (١٩٩٢): استخدام الإرشاد السلوكي المتعدد المحاور

في علاج قلق الانفصال عن الأم للنتاج عن العدوان

العراقي علي دولة الكويت (دراسة حالة) ، مجلة

الإرشاد النفسي ، ٤ (٥).

- هشام محيى (١٩٩٢): مدي فاعلية برنامج إرشادي في تنمية

النصح الخلقى لدى المراهقين الجانحين (ملخص

دكتوراه). مجلة الإرشاد النفسي ، ٤ (٥).

- **جليلة القيسي (١٩٩٦):** أثر برنامج إرشادي مقترح في خفض مستوى الخوف لدى عينة من الطالبات الجامعيات المعنويات (ملخص دكتوراه). مجلة الإرشاد النفسي ، ٤ (٥).

- **لطفي الشربيني و عبد الفتاح نوبسدار و فاطمة عباد (١٩٩٥):** الإرشاد النفسي للأطفال المساء معاملاتهم ، مؤتمر الإرشاد النفسي الثاني ، ص ٧.

- **سهام عبد الحميد (١٩٩٧):** برنامج إرشادي لتخفيف حدة السلوك الانطوائي لدى المعاقين بصريا ، مؤتمر الإرشاد النفسي الرابع ، الجزء الثاني.

- **سهير أمين (١٩٩٧):** فاطية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقليا مجلة الإرشاد النفسي.

- **محمد كامل (١٩٩٠):** دراسة لأثر استخدام برنامج التحكم الذاتي لعلاج الاكتئاب ، ماجستير ، كلية التربية ، جامعة طنطا.

- **أحمد متولي (١٩٩٣):** مدي فاطية للتدريب علي المهارات الاجتماعية ، وللعلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الغويا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة طنطا

- **زينب شعير (١٩٩٤):** فاعلية الإرشاد النفسي في التأثير على سلوك الخجولات ، مجلة التربية المعاصرة ، ٣٤ (١١)

- زينب شقيير (١٩٩٩): فعالية استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض حالات الشره العصبي من طلاب الجامعة. مجلة رالم.

- زينب شقيير (١٩٩٩): فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي متعدد المحاور (مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط. المجلة التعليمية لكلية الآداب . جامعة المنيا.

- ايمان كهر رية (٢٠٠٠): أثر استخدام برنامج تكاملي للتدريب علي بعض فنيات التحكم الذات في تعديل سلوك فرط النشاط عند الأطفال ، دكتوراه ، كلية للتربية. جامعة طنطا.

- سيد احمد البهاسي (١٩٩٣): فعالية أسلوب الميكودراما والقراءة المتزامنة في علاج حالات التلعثم. دكتوراه ، كلية التربية. جامعة طنطا.

- ايمان كهر رية (١٩٩٢): فعالية التدريب علي المبادئ البيولوجي لنشاط العضلات الكهربى والاسترخاء في خفض قلق الامتحان. ماجستير ، كلية للتربية. جامعة طنطا.

- بقرسون (ترجمة) حامد الكفي (١٩٩٠): نظريات الإرشاد والعلاج النفسى ، ط٢ ، دار العلم ، الكويت.

- ملة بخش (١٩٩١): الكفايات التعليمية وطرق تنميتها ، دار عكاظ للنشر . جدة.

- مجدي صبيب (١٩٩٥): دراسات في أساليب التفكير. النهضة المصرية ، القاهرة.
- صلاح عراقي (١٩٩١): العلاج المعرفي السلوكي ومدى فاعليته في علاج مرضى الاكتئاب العصبي ، دكتوراه ، كلية التربية. بونها - جامعة الزقازيق.
- حسن عبد المطلبسي (١٩٩٨): العلاج المعرفي بين النظرية والتطبيق ، النهضة المصرية.
- لويس مليكة (١٩٩٠): العلاج السلوكي وتعديله ، دار القلم ، الكويت.
- محروس الشنولي (١٩٩٤): دراسة التفكير نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار غريب للطباعة القاهرة.
- جبر كوري (ترجمة) طالب الخفاجي (١٩٨٥): الإرشاد والعلاج النفسي ، مكتبة الفيصلية. السعودية.
- عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز النخيل ، رضوي إبراهيم (١٩٩٣): العلاج السلوكي المتعدد المحاور ومشكلات الطفل ، مجلة علم النفس ، ٧ (٢٦) ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- حسام الدين عزب (١٩٩٨): العلاج السلوكي الحديث ، الأنجلو المصرية.
- عبد الستار إبراهيم وأخرون (١٩٩٣): العلاج السلوكي للطفل. عالم المعرفة.
- هارولد ريجنالد بيكس (ترجمة) فيصل السزرك (١٩٩٢): تعديل السلوك البشري ، دار المريخ. السعودية.

- عبد الرحمن سليمان وهشام عبد الله (١٩٩٨): أعداد المرشد النفسي وتحديات القرن الحادي والعشرين ، مؤتمر الإرشاد الخامس. جامعة عين شمس.

- صفوان الفرج (١٩٩١): أعداد المرشد المدرسي بين الحاضر والمستقبل ، مؤتمر الإرشاد الخامس. جامعة عين شمس.

- حنان السبهي (١٩٨٨): في سيكولوجية المرضي والمعالين ، الشركة المتحدة للطباعة والنشر. دمشق.

- سامي جميل (١٩٩٤): نحو حياة أفضل للصم ، المؤتمر السادس لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعالين ج. م. ع.

- سيد صبحي (١٩٩٧): الرعاية الأسرية للكفيف ، المركز النموذجي ، القاهرة.

- سيد صبحي (١٩٩٥): التأهيل النفسي لطفل الحضنة للكفيف ، المركز النموذجي ، القاهرة.

- خلوي صافي (١٩٨٢): سيكولوجية التخلف العقلي ، مطبوعات جامعة الملك سعود ، ط ٢ ، الرياض.

- خلوي صافي (١٩٨٨): برامج التربية الخاصة في مصر (تكون أولا تكون) ، المؤتمر الأول للطفل المصري ، ط ١ ، مركز دراسات الطفولة ، عين شمس.

- نادي عزيز وأحمد خليل (١٩٩١): بعض المتطلبات التربوية لمدارس المكفوفين في ج. ع ، مؤتمر الطفل الرابع ، ط ٢.

- محمد كويوب (١٩٩٠): كيف نحفظ لأطفالنا نعمة البصر ، المؤتمر الخامس للطفل المعوق.

- عبد العزيز الشفص (١٩٨٧): دراسة لمتطلبات إدماج المعوقين في التعليم في المجتمع العربي ، رسالة الخليج العربي ، الرياض (٢).

- عبد العزيز الشفص (١٩٩٤): اتجاهات حديثة في رعاية المعوقين بصريا ، مجلة الإرشاد النفسي ، ٢ (٢).

- شامكر قنديل (١٩٩٥): ميولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده ، مؤتمر الإرشاد النفسي الثاني ، ط١ ، عين شمس.

- شامكر قنديل (١٩٩٦): الاستجابات الانفعالية السلبية لأباء الأطفال المعاقين عقليا ، ومسئولية المرشد النفسي " دراسة تحليلية " ، مؤتمر الإرشاد النفسي الثالث عين شمس .

- شامكر قنديل (٢٠٠٠): علم نفس الفئات الخاصة ، كلية التربية جامعة المنصورة (سلسلة محاضرات).

- عادل محضر ومهاجمة المقتنى (١٩٩٢): إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة - المدرسية وأثره على نكتهم وسلوكهم التكيفي ، مجلة راقم ، ك٢ ط٢ ، الأنجلو المصرية.

- اسماعيل شرف (١٩٨٢): ساهيل المعوقين ، المكتب الجامعي "حيث ، الاسكندرية

- منجدة بديق (١٩٩٤): الاتجاهات الحديثة في تأهيل المعوقين وأثرها في إدماج المعوقين في الحياة العامة ، بحوث ودورات مؤتمرات الاتحاد.

-**كوتنر زكي (٢٠٠٠)** : القلق الاجتماعي عند طلاب الجامعة . دراسة
تشخيصية علاجية . المؤتمر الخامس بكلية التربية
بطنطا.

- **محمد الشيخ (٢٠٠٠)** : فعالية العلاج الواقعي في علاج بعض
المشكلات السلوكية لدى عينة من تلاميذ الحلقة
الأولى والثانية من التعليم الأساسي بمحافظة الفيوم.
المؤتمر الخامس لكلية التربية بطنطا .

-**Mcevoy Teeodorel (1974)**: Suicidal Risk via The
TAT, Psychl-abs 2 (2)

-**Winter, Willians, D &Others (1974)**: Hostility
Themes in family TAT.J. of Projective
Techniques and Personaity
assessment,30 (3).

-**Morgan, G.V.(1972)**: Differntial diagnosis of
schizophrenia and reactive states:
Psychol Abs (47)

-**Freedman B. (1974)**: The sbjective experience of
perceptual and cognitive disturbances in
schizophrenia, Psychol Abs , (52)

-**Bradfer & Blomart (1970)**: Comparisondes Recits
d'un group des gorcons et des filles du
meme age, Enfance, (2).

-**Kagan & Kaufman (1954)**: A Preliminary
investigation of Relationships between
fonctuculation Disorders and Responses
to the CAT Master's theises Boston
Uni

- Desouise, T (1952):* A Comparison of the Responses of Adjusted and maladjusted children on the CAT., Unpublished master's Theises Loyola Chicago.
- Shamley D.A(1976):* The personality dynamics blind and sighted adolescents.J. of behavioral science, (55).
- Rumble (1985):* An examination of the psychological variables of Attention Deficit Behavior in children, DAJ,46 (02).
- Verna, F(1980):* Selective AD in learning disabled children cognitive interpretation.J of Learning Disabilities,13 (7).
- Ozawa, P.J (1980):* ADD (DSM)-III): The Diagnosis of distractibility and impulsivity in Learning disorder & normal children DAJ, 40 (10).
- Schauf , M.J.(1986):* An Investigation of diagnostic Procedures for identifying ADD in children D.A.I ,47 (02).
- Griffith, J.J.& Mednich, S. A(1980):* Verbal Associative Disturbances in children at high risk for schizophrenia.In J of abnormal Psychology,89 (2).
- Rutter D.R. & Others (1978):* The predictability of speech in schizophrenia patients. British J. of psychiatry, 132.
- Wilcox, P.F. (1976):* A psycholinguistic analysis of schizophrenic language. Diss . Abs.Int 34 (6-B).
- Boright, L (1990):* Anorexia nervosa, M.D., U.S.Ohio

- Favaro, A et al (1998)**: Impulsive & compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa, J Nrev Ment. Dis, 186 (3).
- Riby, E.L.(1989)**: The selationship between body dysmorphic disorder & depression & somatization & eating diosrders, J.Clin Psychol,54 (4).
- Karlin, J.J et al (1995)**: Psychological in caregivers of the chronically ill, Personality & Clinical syndom, Hosp J.,10 (3).
- Frankl, V.E.(1988)**: The will to meaning Foundation and applications of Logotherapy N.Y Inc.
- Horton ,R.C.(1983)**: Logoanalysis as group treatment for existential vacuum and weight inobese women, P.h D California.
- Mussen, Paul, H.(1983)**: Handbook of child psychology, 4thed, IVJohn Wiley & sons.45 A.
- Nicol & parker (1981)**: Play group therapy in the junior school. Method & General problems. Brtish J. of Guidance & Counseling 9 (1).
- Barara, N. & Mourrison, Th (1974)**: Play therapy with institutionalized Mentally retarded children, American J of Mental Deficiency, 78(6).
- Leppaman Hyman (1962)**: Treatment of child with emotional conflict 2Edt.Mc Graw Hill.N V.
- Friedman ,S(1978)**: Alaboratory study of RET as an attitude change process, Diss Abs.Int 56 (L).

- **Ellis, A. (1977):** Rational Emotive Therapy. Research Data, that Supportss of clinical Personality Hyptheses of RET and Other Moder of Cognitive behavior the Therapy. The counseling Psychologist.
- **Rogers, C.R.(1951):** Client Centered Therapy. Boston, Mass Houghton Mifflin.
- **Mody, J.J.(1981):** The effects of group assertive training on aggressive behaviours of seventh and eights grade males, P.H.D. Uni of Microfilms Int. U.S.A.
- **Kinzie, J. David (1989):** Theraputic APPROaches to traumatized Cambodian Refugees, J. of Traumatic Stress. Jam 2 (1).
- **Patterson, L. Eet al (1993):** The Counseling Process (3 rd ed) Boston, Houghton Mifflin
- **Malmer, J.B of Towsend, MAR. (1990):** The effects of training in social Prespective in socially Maladjusted Grirls, Child Development. B (1).
- **Mullins, Larry (1,86):** Loneliness among the Eldely, Tssues of Consedrations for Professionals, 7 (1).
- **Alonse & Ruton (1988):** The experience of Shame and restoration of self-respect in group therapy, J. of Group Psychotherapy.
- **Huber, H.P. & Gramer, M (1989):** Psychophysiological Reepatterns . in Relaxation Process, the German J. of Psychology, 14 (2)

- **Alden, L (1989):** short term Structured treatment for Avoidant personality disorder J of counseling of Clinical Psychology. 97 (6).
- **Gallup CC. (1981):** A study to determine the effectiveness of social interning Program in reducing the Perceived loneliness of social isolation, Diss AbI Int
- **Atkinson, R.L & Others (1992):** Combination of Very - Low - Calorie diet of Behavior Modification of Obesity, Am J clin Nutr, 1.
- **Brambilla F. & Others (1995):** Combined Cognitive - Behavioral . Therapy in eating disorders, Anorexia nervosa. Restricted type Neuropsychobiology, 32 (2)
- **Bulik, C.M. Others (1998):** The Role of exposure with Response Prevention in Cognitive - Behavioral therapy for bulimia nervosa, Psychs Med. 28 (3).
- **Fahy, T.A. (1990):** Personality disorder of Response in Bulimia Nervosa, J of Personality, 162
- **Hanah, L et al (1985):** Time Series analysis of therapeutic Process and outcome, an eating disorder, U S. Colorado.
- **Kerm, P.A. & Others (1994):** Combined use of behavior modification and Very low - Calorie diet in weight loss and weight maintenance, Am. J Med Sci 307 (9).

- **Makers, I (1997):** Behavior therapy for obsessive Compulsive disorder a decade of Progress, Can J. Psychiatry 42 (10).
- **Roongpisuthipong, C. Others (1995):** behavior modification in the treatment of obesity, J. Med. Assoc. Thai, 78 (9).
- **Horn, F. H. & Others (1990):** Additive effects of behavioral parent training and Self - control therapy with ADHD children, J. Clin Child. Psychc., 19 (2).
- **Jordy, Cf et al (1996):** The hyperactive child and the body. J. Arq neuropsiquiatr, 54 (4).
- **Spence, H.S. (1994):** Cognitive therapy with children of adolescent. J. of child Psychology of Psychiatry 11 (2).
- **Williams, J. M (1992):** The psychological of depression. London.
- **Beck. A. T. et al (1990):** Cognitive Therapy of Personality disorders, N. Y
- **Ellis (1980):** Rational - emotive therapy and cognitive therapy Cognitive therapy and research. (4).
- **Neeman, M & Dryden, W (1996):** Trends in Rational Emotive behavior Therapy, Developments in Psychotherapy. Historical Prespective, London.
- **Walden. EL et al (1981):** Review of some Alternative Aproaches to druge mangement of ADHD JL. D 14 (4)
- **Kazdin, Ak (1994):** Behavior modification (5 th ed) Books, Cole, Publishing Co.
- **Charles - Recorft (1968):** A Critical dictionary of psychoanalysis, Thomas Nelson & Sons.

- Wolpe. J. (1976):** Psychotherapy by reciprocal inhibition (Im) Sahakian, (W Ed) Psychotherapy & counseling techniques in Intervntion. Rand Mc Nally College Publishing Compeny.
- Grow,R.J.(1991):** Psychology, An introduction , N Y

الفهرس

رقم الصفحة

الموضوع

الباب الأول

علم النفس الإكلينيكي

الفصل الأول

٩

٩

١٣

١٧

٢٣

١- تطور نشأة علم النفس الإكلينيكي وتسميته.

٢- موضوع علم النفس الإكلينيكي.

٣- علاقة علم النفس الإكلينيكي بغيره من العلوم الأخرى.

٢٩

٤- مميزات علم النفس الإكلينيكي.

٣٠

٥- الاختصاصي النفسي.

الفصل الثاني

٣٩

٦- أولاً: التشخيص النفسي.

٤٣

٧- مشكلة التشخيص في علم النفس.

٤٤

٨- هدف التشخيص - مضمونه - بنيته - فوائده -

منطقه معايير.

٤٧

٩- ثانياً: المنهج الإكلينيكي.

٤٨

١٠- مسمياته.

٤٩

١١- مميزاته.

٥٠

١٢- التعارض بينه وبين علم النفس القياسي.

٥٣

١٣- الالتقاء بينه وبين علم النفس القياسي.

٥٨

١٤- تعاون المنهجين.

الفصل الثالث

- ٦٧ أهم الطرق والأدوات التي يستخدمها
الإكلينيكي في المراساة والتشخيص.
- ٧٠ - دراسة الحالة.
- ٧٦ - الملاحظة.
- ٩١ - المقابلة الإكلينيكية.
- ٩٨ - الأحلام.
- ١٠٣ - الهفوات والأفعال المعارضة
- ١٠٤ - المقاييس والاختبارات النفسية.

الفصل الرابع

- ١٠٩ نماذج من أدوات التشخيص الفارقية
- أولاً: الاختبارات الإكلينيكية:
- ١١١ - اختبار تلهم الموضوع للأطفال (السات).
- ١١١ - اختبار تلهم الموضوع للشباب (الثات).
- ١١٧ - اختبار تداعي الكلمات.
- ١٢٧ - اختبار بقع الحبر (الورشاخ).
- ثانياً: الأدوات السيكمترية:
- ١٢٩ - مقياس صورة الجسم.
- ١٣٠ - مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي .
- ١٣٢ - مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي .
- ١٣٣ - مقياس قلق الموت.
- ١٣٥ - مقياس مواقف الحياة المضاعطة.

رقم الصفحة	الموضوع
١٣٦	- مقياس الاحتراق النفس .
١٣٧	- مقياس الحواجز النفسية.
١٣٩	- مقياس اضطرابات الأكل .
١٤٠	- مقياس فقدان الشهية العصبي .
١٤١	- مقياس الشره العصبي .
١٤٢	- - اختبار المخاوف للأطفال.

الفصل الخامس

١٤٥	مبادئ من التطبيقات الإكلينيكية
	في مجال التقييم النفسي
١٤٧	لولا: الدراسات المصرية والعربية
١٤٦	ثانها: الدراسات الأجنبية.

الباب الثاني

١٧٥	الإرشاد النفسي وتطبيقاته الإكلينيكية
١٧٧	الفصل الأول
١٧٩	- تعريف الإرشاد النفسي.
١٨١	- أهم مجالات الإرشاد النفسي .
١٨٢	- أنواع الإرشاد النفسي .
١٨٥	- أهداف الإرشاد النفسي .
١٨٥	- مراحل الإرشاد النفسي ومناهجه وأدواته .
١٨٧	العلاقة بين التوجيه النفسي والإرشاد النفسي
	والعلاج النفسي .
١٨٨	- العاملون في مجال الإرشاد النفسي .

الموضوع	رقم الصفحة
- استراتيجيات الإرشاد النفسي .	٢٠٠

الفصل الثاني

٢٠٣	<u>التطبيقات الإكلينيكية للإرشاد النفسي على</u> <u>فئات كيميائية مختلفة</u>
-----	--

٢٠٥	أ- الدراسات العربية .
٢٠٨	ب- الدراسات الأجنبية .

الباب الثالث

٢١١	العلاج النفسي وطرقه وتطبيقاته
٢١٣	الفصل الأول

٢١٥	- تعريف العلاج النفسي .
٢١٦	- العناصر الهامة للعلاج النفسي .
٢١٦	- أهداف العلاج النفسي .
٢١٧	- خطوات العلاج النفسي .
٢١٨	- خصائص المريض النفسي .
٢١٨	- خصائص المعالج النفسي .
٢١٩	- طرق وأساليب العلاج النفسي .

الفصل الثاني

٢٢١	الطرق القديمة في العلاج النفسي
٢٢٣	١- العلاج بالتنويم المغناطيسي .
٢٢٦	٢- العلاج الروحي والديني .

الفصل الثالث

الطرق الحديثة في العلاج النفسي

٢٣١

٢٣٣

٢٤٣

٢٦١

١- العلاج بالتحويل النفسي .

٢- العلاج السلوكي.

٣- العلاج المعرفي السلوكي.

الفصل الرابع

تابع الطرق الحديثة في العلاج النفسي

٢٧٧

٢٧٩

٢٩٠

٢٩٤

٢٩٨

٣٠٣

٤- العلاج العقلاني الاتفعالي .

٥- العلاج النفسي المتمركز حول العميل.

٦- العلاج الجشطلتي.

٧- العلاج بالمعنى .

٨- العلاج النفسي الجماعي .

الفصل الخامس

الطرق المعاصرة في العلاج النفسي

٣١١

٣١٣

٣١٥

٣١٨

٣٢٢

٣٢٤

٣٢٥

١- العلاج الاجتماعي (البيئي) .

٢- العلاج الأسري (البيئي) .

٣- العلاج باللعب .

٤- العلاج بالعمل.

٥- العلاج بالفن .

٦- العلاج عن طريق العون.

الفصل السادس

٣٢٧ بعض التطبيقات الإكلينيكية على استخدام

أساليب العلاج النفسي المختلفة

٣٢٩ ١- دراسة صربية.

٣٣٤ ٢- دراسات أجنبية .

الباب السابع

٣٤١ التثقيف النفسي والإرشاد النفسي والعلاج

النفسي لذوي الحاجات الخاصة

٣٤٣ الفصل الأول

٣٤٥ - تشخيص الفئات الخاصة.

٣٥٠ - اتجاهات الإرشاد النفسي في تعليم ذوي الحاجات الخاصة .

٣٥٧ - توجيه وإرشاد وتأهيل المعوقين

٣٦١ - وسائل التأهيل المهني للمعوقين .

٣٦٣ - نموذج لبرنامج التأهيل المتكامل.

٣٦٤ - الإرشاد النفسي لأسرة الطفل غير العادي.

الفصل الثاني

٣٦٩ نماذج من برامج الإرشاد والتوجيه والعلاج لذوي

الحاجات الخاصة.

٣٧١ - المعوقون سمعياً.

٣٧٩ - المكفوفون.

٣٩٢ - للمعوقون ذهنياً .

٤١٥ قائمة المراجع

توزيع
مكتبة النهضة العربية
٢٢ شارع عبد الحافظ نزوت - القاهرة